

Linköpings universitet | Institutionen för Biomedicinska och Kliniska Vetenskaper
Examensarbete, 30 hp | Logopedprogrammet
Vårterminen 2026

Selektiv mutism

Logopeders arbete med de tysta barnen

Maja Helmersson
Moa Lundholm

Logopedprogrammet, Med fak, LiU, termin 8 (8LOA82)

Handledare: Charlotta Plejert

Datum för inlämnad rapport: 2026-05-27

Selective Mutism

Speech and Language Pathologists' Work with the Quiet Children

Abstract

Selective mutism (SM) is a condition in which children fail to speak in specific social situations despite having speech ability in others. SM is classified as an anxiety disorder in DSM-V and in ICD-11. Speech-language pathologists' (SLPs) often play a role in assessment and treatment of children with SM, but national clinical guidelines for speech and language pathologists' work with this patient group in Sweden are absent. The aim of the present study was to examine how SLPs in Sweden work with children with SM. More specifically, research questions addressed SLPs experiences of barriers and facilitators, and their views on needs for clinical guidelines regarding work with this population.

A qualitative design was employed, using individual semi-structured interviews with 14 licensed SLPs with experience from working with children with SM. The interviews were transcribed orthographically and analysed using reflexive thematic analysis following Braun and Clarke (2022).

Five themes were identified: (1) professional identity and competence development, (2) assessment and diagnostics, (3) treatment methods, (4) interprofessional collaboration, and (5) structural conditions and the need for guidelines. The results showed that SM receives minimal coverage in SLP education, leaving clinicians to build competence through experience and self-directed learning. Assessment and diagnostic practices varied considerably across regions, as did treatment approaches, with sliding-in and shaping as the most consistently used methods. Collaboration with psychologists, teachers and parents was experienced as valuable but often informal or absent. Participants identified a need for national clinical guidelines addressing assessment procedures, treatment recommendations, role allocation between professions, and the management of comorbidities.

The findings suggest that SLPs in Sweden often assume responsibility for a complex patient group under conditions marked by structural inequality and a lack of national recommendations. National clinical guidelines and formalised interprofessional teams would facilitate the work of SLPs and lead to children receiving more equal and evidence-based care.

Keywords: selective mutism, speech-language pathology, clinical guidelines

Sammanfattning

Selektiv mutism (SM) är ett tillstånd där barn inte talar i vissa sociala situationer trots bevarad talförmåga i andra sammanhang. SM är klassificerat som ett ångestsyndrom i DSM-V och i ICD-11. Logopeder kan ha en roll i utredning och behandling av barn med SM, men nationella kliniska riktlinjer för logopediskt arbete med denna patientgrupp saknas i Sverige. Syftet med den föreliggande studien var att undersöka hur logopeder i Sverige arbetar med barn med SM. Mer specifikt adresserade frågeställningarna logopeders erfarenheter av hinder och möjligheter och deras syn på behovet av kliniska riktlinjer för arbetet med denna patientgrupp.

En kvalitativ design användes och materialet samlades in genom individuella semistrukturerade intervjuer med 14 legitimerade logopeder med erfarenhet från arbete med barn med SM. Intervjuerna transkriberades ortografiskt och analyserades med reflexiv tematisk analys enligt Braun och Clarke (2022).

Analysen resulterade i fem teman: (1) professionell identitet och kompetensutveckling, (2) bedömning och diagnostik, (3) behandlingsmetoder, (4) teamarbete och samverkan samt (5) strukturella förutsättningar och behov av riktlinjer. Resultaten visade att SM ges begränsat utrymme i logopedprogrammets grundutbildning, vilket innebär att logopeder i hög grad bygger sin kompetens genom klinisk erfarenhet och egna initiativ. Bedömnings- och diagnosförfaranden varierade påtagligt mellan regioner, liksom val av behandlingsmetoder, med sliding in och shaping som de mest konsekvent använda metoderna. Samverkan med psykologer, pedagoger och föräldrar upplevdes som värdefull men var ofta informell eller saknades helt. Deltagarna uttryckte ett behov av nationella kliniska riktlinjer som adresserar utredningens innehåll, rekommenderade behandlingsmetoder, ansvarsfördelning mellan professioner samt hantering av komorbiditet.

Sammantaget visar studien att logopeder i Sverige ofta tar ansvar för en komplex patientgrupp under förhållanden präglade av strukturell ojämlikhet och avsaknad av nationella rekommendationer. Nationella kliniska riktlinjer och formaliserade tvärprofessionella team skulle kunna underlätta logopeders arbete och leda till att barnen får mer likvärdig och evidensbaserad vård.

Nyckelord: selektiv mutism, logopedi, kliniska riktlinjer

Upphovsrätt

Detta dokument hålls tillgängligt på Internet – eller dess framtida ersättare – under 25 år från publiceringsdatum under förutsättning att inga extraordinära omständigheter uppstår. Tillgång till dokumentet innebär tillstånd för var och en att läsa, ladda ner, skriva ut enstaka kopior för enskilt bruk och att använda det oförändrat för ickekommersiell forskning och för undervisning. Överföring av upphovsrätten vid en senare tidpunkt kan inte upphäva detta tillstånd. All annan användning av dokumentet kräver upphovsmannens medgivande. För att garantera äktheten, säkerheten och tillgängligheten finns lösningar av teknisk och administrativ art. Upphovsmannens ideella rätt innefattar rätt att bli nämnd som upphovsman i den omfattning som god sed kräver vid användning av dokumentet på ovan beskrivna sätt samt skydd mot att dokumentet ändras eller presenteras i sådan form eller i sådant sammanhang som är kränkande för upphovsmannens litterära eller konstnärliga anseende eller egenart. För ytterligare information om Linköping University Electronic Press se förlagets hemsida <http://www.ep.liu.se/>.

Copyright

The publishers will keep this document online on the Internet – or its possible replacement – for a period of 25 years starting from the date of publication barring exceptional circumstances. The online availability of the document implies permanent permission for anyone to read, to download, or to print out single copies for his/hers own use and to use it unchanged for non-commercial research and educational purpose. Subsequent transfers of copyright cannot revoke this permission. All other uses of the document are conditional upon the consent of the copyright owner. The publisher has taken technical and administrative measures to assure authenticity, security and accessibility. According to intellectual property law the author has the right to be mentioned when his/her work is accessed as described above and to be protected against infringement. For additional information about the Linköping University Electronic Press and its procedures for publication and for assurance of document integrity, please refer to its www home page: <http://www.ep.liu.se/>.

© Maja Helmersson & Moa Lundholm

Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till samtliga deltagare som avsatte tid för att medverka i studien och generöst delade med sig av erfarenheter och reflektioner. Utan er medverkan hade studien inte varit genomförbar. Vi vill även framföra vårt tack till de personer som under rekryteringsperioden bidrog till att sprida information om studien.

Vidare vill vi rikta ett särskilt tack till vår handledare, Charlotta Plejert, som välvilligt tog sig an vår idé och vars stöd och vägledning har varit ovärderliga genom hela arbetsprocessen.

Avslutningsvis vill vi tacka varandra för ett givande och välfungerande samarbete under studiens gång.

Linköping, maj 2026

Maja Helmersson & Moa Lundholm

Deklaration av arbetsfördelning

Arbetet har fördelats jämnt mellan författarna. Samtliga delar av uppsatsen har diskuterats, bearbetats och reviderats gemensamt, vilket innebär att båda författarna tar lika stort ansvar för uppsatsens samtliga delar.

Declaration on the use of generative AI: AI was used for language review and Microsoft Teams' transcription tool was used for transcription of interviews. We take full responsibility for the content of the text in this thesis.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	2
2.1 Klassifikation av selektiv mutism	2
2.2 Prevalens	2
2.3 Etiologi.....	3
2.4 Debut och förlopp.....	3
2.4.1 Bedömning.....	4
2.5 Symtom.....	4
2.6 Faktorer relaterade till selektiv mutism.....	4
2.6.1 Komorbiditet med autismspektrumtillstånd.....	5
2.6.2 Komorbiditet med tal- och språkstörning.....	5
2.6.3 Komorbiditet med annan ångestproblematik	6
2.6.4 Flerspråkighet.....	6
2.7 Behandlingsmetoder	6
2.7.1 Kognitiv beteendeterapi och Acceptance and commitment therapy.....	7
2.7.2 Stimulus fading och shaping	7
2.8 Professionell ansvarsfördelning.....	8
2.9 Logopeders arbete med selektiv mutism.....	8
2.9.1 Internationella riktlinjer för logopeders vid selektiv mutism	9
2.9.2 Nationella riktlinjer för logopeders i Sverige vid selektiv mutism	9
3. Syfte	11
3.1 Frågeställningar.....	11
4. Metod	11
4.1 Studiedesign.....	11
4.2 Deltagare och rekrytering.....	11
4.2.1 Samtycke	12
4.2.2. Deltagarbeskrivning	12
4.3 Materialinsamling.....	13
4.3.1 Semistrukturerade intervjuer.....	13
4.3.2 Transkribering.....	14
4.4 Tematisk analys.....	14
4.5 Etiska överväganden.....	16
5. Resultat	17
5.1 Professionell identitet och kompetensutveckling i arbetet med selektiv mutism.....	18
5.1.1 Kunskapsluckor i grundutbildningen	18

5.1.2	Upplevd trygghet i yrkesrollen: erfarenhetens betydelse	18
5.2	Bedömning och diagnostik: ansvar, struktur och gränsdragningar	19
5.2.1	Hur nybesök genomförs.....	19
5.2.2	Formell och informell bedömning.....	20
5.2.3	Diagnossättning och ansvarsfördelning.....	20
5.2.4	Remisskrav.....	21
5.3	Behandlingsmetoder: mellan direkt och indirekt arbete	21
5.3.1	Direkt och indirekt behandling.....	21
5.3.2	Användning av olika metoder	22
5.3.3	Samarbete med förskola och skola	22
5.3.4	Behandlingens längd.....	23
5.4	Teamarbete och samverkan: möjligheter och spänningar	23
5.4.1	Samarbete med andra professioner	23
5.4.2	Fördelning av ansvar	24
5.4.3	Upplevda brister i samverkan.....	24
5.4.4	Önskemål om mer strukturerat teamarbete	25
5.5	Strukturella förutsättningar: hinder, möjligheter och behov av riktlinjer	25
5.5.1	Hinder.....	25
5.5.2	Lokala variationer i arbetssätt	26
5.5.3	Behov av nationella riktlinjer och förslag på innehåll	27
6.	Diskussion	28
6.1	Resultatdiskussion	28
6.1.1	Logopeders arbete med barn med selektiv mutism i Sverige.....	28
6.1.2	Hinder och möjligheter i arbetet med barn med selektiv mutism.....	30
6.1.3	Behov av riktlinjer	33
6.2	Metoddiskussion	34
6.3	Slutsats och kliniska implikationer.....	36
6.4	Framtida studier	37
	Referenslista	39
	Bilagor	46
	Bilaga 1. Informationsbrev till deltagare	46
	Bilaga 2. Intervjuguide	50

1. Inledning

Selektiv mutism (SM) är klassificerat som ett ångestsyndrom i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013, s. 195). SM innebär att barn inte talar i vissa sociala situationer trots att talförmågan är bevarad i andra sammanhang (Kristensen, Oerbeck, & Manassis, 2019). Barn med SM kan därför ha svårt att uppfylla de krav som ställs i skolan eller andra sociala sammanhang där verbal kommunikation förväntas (Engström, 2019; Wong, 2010). Skolmiljön kan bli särskilt utmanande eftersom denna ofta kräver kommunikativt och socialt samspel i större omfattning än i hemmet, vilket kan framhäva barnets talängslan (Matsushita m.fl., 2020).

Forskning visar att SM kan påverka barnets sociala och emotionella utveckling, då dessa barn riskerar att isolera sig eller uppleva ångest och stress i situationer där tal förväntas (Kristensen, m.fl., 2019). Detta kan få konsekvenser både för skolgången och för barnets möjlighet att delta i sociala aktiviteter på lika villkor som jämnåriga (Bergman m.fl., 2002).

Trots att SM kan få betydande konsekvenser för barns utveckling och skolgång saknas nationella riktlinjer för denna patientgrupp, enligt en projektrapport från Barn- och ungdomspsykiatri (Ringler, 2016). Ansvar för utredning och behandling är inte tydligt fördelat mellan yrkesgrupper, och tillståndets primära klassifikation som ångestrelaterat innebär att det traditionellt har hanterats inom psykologisk och psykiatrisk verksamhet. Samtidigt visar klinisk praxis att logopedier i Sverige är involverade i arbetet med SM, vilket väcker frågor om hur logopedyrkets roll i relation till denna patientgrupp bör förstås och avgränsas. Enligt Engström (2019) kan insatserna skilja sig åt mellan regioner, och i många fall bygger kliniker kompetens genom egna erfarenheter snarare än via utbildning eller nationell styrning. Det är därför relevant att undersöka hur detta arbete faktiskt ser ut i praktiken.

Baserat på problemområdet ovan, undersöks i detta examensarbete hur logopedier i Sverige arbetar med barn med SM. Studien fokuserar på logopeders erfarenheter av utredning och intervention, samt på upplevda hinder, möjligheter och behov av riktlinjer. Genom att belysa logopeders professionella perspektiv syftar arbetet till att bidra med fördjupad kunskap om SM

i ett logopediskt sammanhang. I detta arbete används begreppen behandling och intervention synonymt och syftar på de insatser som riktas mot barn med SM och deras omgivning.

2. Bakgrund

2.1 Klassifikation av selektiv mutism

SM är klassificerat som ett ångestsyndrom som påverkar barnets förmåga till att tala i olika situationer där tal är förväntat, medan barnets förmåga till att tala är bevarad i andra situationer (Kristensen m.fl., 2019). För att diagnostiseras med SM ska barnet enligt DSM-5 uppfylla följande kriterier (American Psychiatric Association, 2013, s. 195¹):

- A. En ihållande oförmåga att tala i specifika situationer där verbal kommunikation förväntas, exempelvis i skolan, trots att individen talar i andra sammanhang.
- B. Svårigheterna medför en tydlig påverkan på barnets akademiska situation, yrkesmässiga funktion eller sociala kommunikation.
- C. Tystnaden har förekommit under minst en månads tid och är inte begränsad till den första tiden i förskola eller skola.
- D. Oförmågan att tala kan inte förklaras av bristande kunskap i, eller otillräcklig behärskning av, det språk som används i den aktuella situationen.
- E. Svårigheterna förklaras inte bättre av någon annan kommunikationsstörning, såsom stamning, och förekommer inte uteslutande i samband med autismspektrumtillstånd, schizofreni eller andra psykotiska tillstånd.

I ICD-11 klassificeras SM under kapitlet för ångest- eller rädslorelaterade störningar. Definitionen överensstämmer i stort med DSM-5 och beskriver SM som ett tillstånd där individen inte talar i vissa sociala situationer trots att språklig förmåga finns (World Health Organization, 2025). Båda klassifikationssystemen betonar vikten av att utesluta andra orsaker till tystnaden och lyfter fram de betydande konsekvenser som tillståndet kan ha för barnets kommunikativa, sociala och pedagogiska utveckling.

2.2 Prevalens

Prevalensen av SM hos barn beskrivs i forskningslitteraturen som låg men varierande beroende på studieupplägg, population och diagnostiska kriterier. Skolbaserade och populationsbaserade

¹ Översatt och lätt bearbetat från DSM-5 (APA). Ej officiell svensk DSM-översättning.

internationella studier har rapporterat prevalenstal som sträcker sig från cirka 0.033% till omkring 2%. I en skolpopulation i Turkiet fann forskare att 0.033% av barnen uppfyllde kriterierna utifrån ett screeningmaterial utarbetat baserat på DSM-4 för SM (Karakaya m.fl., 2007). Övriga studier har funnit en högre prevalens, exempelvis 0.71% i en amerikansk skolstudie (Bergman m.fl., 2002) och omkring 0.18% i en svensk skolstudie (Kopp & Gillberg, 1997), som också baserade sina resultat på kriterierna för DSM-4. En studie i västra Jerusalem med liknande metodik jämförde förekomst av SM hos infödda barn i majoritetsbefolkningen och barn med invandrarbakgrund (Elizur & Perednik, 2003). Studien visade en total prevalens på cirka 0.76% och en högre förekomst, 2.2%, hos gruppen barn med invandrarbakgrund. En av de högre siffrorna av prevalens finns i en finsk skolstudie (Kumpulainen m.fl., 1998) som använde DSM-3-R som diagnoskriterier. De fann en förekomst av SM på 2%, där majoriteten av barnen med SM var flickor.

2.3 Etiologi

SM är ett ovanligt tillstånd och dess etiologi är ännu inte fullt klarlagd. Fenomenet uppmärksammades redan under 1800-talet, Kussmaul (1877) beskrev tillståndet som *aphasia voluntaria*, vilket speglade dåtida uppfattning om att tystnaden var viljemässig. Senare benämndes tillståndet *elective mutism*, innan termen *selektiv mutism* etablerades i moderna diagnostiska system. I nuvarande beskrivningar betonas att talbortfallet är situationsbundet snarare än ett medvetet val att avstå från tal (Wong, 2010). Orsaken till SM kan vara multifaktoriell (Cohan m.fl., 2006). Riskfaktorer som enligt forskning kan vara potentiellt bidragande orsaker till SM är bland annat psykologiska faktorer såsom social ångest och separationsångest (Black & Uhde, 1995), ärftlighet eller genetiska anlag för SM och utvecklingsmässiga sårbarheter såsom tidiga förseningar i tal- eller språkutveckling (Viana m.fl., 2009).

2.4 Debut och förlopp

SM debuterar vanligen i tidig barndom, oftast mellan tre och sex års ålder, medan diagnosen i många fall ställs först några år senare, vanligtvis i samband med skolstart. Detta beror sannolikt på att kraven på verbal kommunikation ökar i utbildningsmiljöer, vilket gör svårigheterna mer framträdande (Matsushita m.fl., 2020). Tillståndet rapporteras något oftare hos flickor än hos pojkar, men denna skillnad bör tolkas med försiktighet eftersom forskningen präglas av små urval och tillståndets låga förekomst (Wong, 2010). Forskning inom barnpsykiatri om det

långsiktiga förloppet av SM visar att de flesta barn med SM förbättras över tid med hjälp av behandling och uppfyller inte längre diagnoskriterierna i vuxen ålder, även om andra ångestrelaterade svårigheter kan kvarstå senare i livet. Tidig identifiering och behandling är viktigt för att minska risken för kvarstående symtom och utvecklingen av andra psykiatriska tillstånd (Koskela m.fl., 2023).

2.4.1 Bedömning

Enligt Wong (2010) bör både tal och språk bedömas hos barn med SM eftersom svårigheter inom dessa områden kan påverka barnets språkutveckling. Bedömning kan inkludera analyser av inspelat tal, där aspekter som flyt, tonhöjd, rytm, prosodi och språklig komplexitet granskas. För att undersöka impressiv språkförmåga hos barn med SM kan icke-verbala test användas, såsom Peabody Picture Vocabulary Test (Wong, 2010). Andra mer komplexa bedömningsmaterial för impressiv språkförmåga, exempelvis Test for Reception of Grammar (Bishop, 2009) kan ge en mer heltäckande bedömning och bredare bild av barnets språkliga förmåga.

2.5 Symtom

SM är ett ångestrelaterat tillstånd som främst kännetecknas av internaliserade symtom såsom stark ångest, rädsla, undvikande och tystnad i sociala situationer där tal förväntas (Vogel, m.fl., 2024). Barn med SM kan även uppvisa frysreaktioner samt nedsatt självkänsla. Även om tillståndet är huvudsakligen kopplat till internaliserade problem, kan vissa barn i vissa situationer också visa externaliserade beteenden. Dessa kan yttra sig i form av frustration, undvikande beteenden som kan uppfattas som trots, eller starka emotionella reaktioner när krav ställs, särskilt i situationer som upplevs ångestfyllda. Detta visar att SM kan ta sig olika uttryck och bör förstås som ett heterogent tillstånd där både inåtriktade och utåtriktade symtom kan förekomma (Vogel, m.fl., 2024).

2.6 Faktorer relaterade till selektiv mutism

SM är ett komplext tillstånd som ofta påverkas av flera samverkande faktorer. Den forskning som bedrivits ligger främst inom psykologi och psykiatri och visar att svårigheterna sällan uppträder isolerat, utan ofta förekommer tillsammans med andra utvecklingsrelaterade eller psykologiska tillstånd (Viana m.fl., 2009). För att bättre förstå SM är det därför viktigt att

belysa faktorer som kan bidra till eller förstärka problematiken. Nedan behandlas några viktiga faktorer som kan påverka förekomsten och utvecklingen.

2.6.1 Komorbiditet med autismspektrumtillstånd

Trots att autism enligt DSM-5 och ICD-11 definieras som ett exklusionskriterium för SM (American Psychiatric Association, 2013, s. 195; World Health Organization, 2025), har forskning visat att det finns ett tydligt kliniskt överlapp mellan dessa tillstånd (Helgersen & Nordahl-Hansen, 2026). I Helgesen och Nordahl-Hansen (2026) fann man att 11,7% av barnen med SM också hade en autismdiagnos, vilket visar att diagnosticering är utmanande och att komorbiditet kan förekomma trots exklusionskriteriet, vilket kan påverka möjligheten till tidig diagnos och anpassat stöd. Detta överlapp innebär att vissa barn med både SM och autistiska drag riskerar att missas eller felbedömas om diagnostiska kriterier tillämpas alltför strikt. Barn med komorbid SM och autism uppvisar ofta mer uttalade sociala svårigheter, vilket kan förstärka utmaningarna i skolan och vardagsliv enligt Vogel m.fl. (2024). Dessa resultat understryker vikten av en helhetsbedömning, där både SM och eventuell autism tas i beaktande, för att möjliggöra tidiga insatser och individuellt anpassat stöd.

2.6.2 Komorbiditet med tal- och språkstörning

Forskning har visat att barn med SM ofta uppvisar samsjuklighet med språkliga och kommunikativa svårigheter, även om SM i sig inte klassificeras som en språkstörning. Steinhausen och Juzi (1996) analyserade 100 fall av SM och fann att 38% av barnen hade tal- och/eller språkliga svårigheter, vilket tyder på att kommunikationssvårigheter ofta förekommer parallellt med SM. Kristensen (2000) stödjer dessa resultat genom att visa att hälften av alla barn med SM uppfyllde kriterier för en eller flera kommunikationsstörningar. Detta innebär att tystnaden hos barn med SM inte alltid bara kan förklaras av social ångest, utan ibland också samspelar med underliggande språkliga svårigheter. Nowakowski m.fl. (2009) fann att flickor med SM ofta presterar lägre än normgrupper på tester av impressivt ordförråd. Med föräldrar som testledare fann Klein m.fl. (2013) att barn med SM, trots grundläggande språkförmågor inom normala åldersgränser, ofta har svårigheter med mer komplexa expressiva förmågor.

Sammantaget tyder studierna ovan på att barn med SM ofta har varierande grad av språkliga och kommunikativa svårigheter, vilket kan påverka både symtomens uttryck och behovet av anpassade interventioner.

2.6.3 Komorbiditet med annan ångestproblematik

Barn med SM uppvisar ofta hög samsjuklighet med social ångest, med rapporterade nivåer runt 61% (Manassis m.fl., 2007). Kliniskt verksamma bedömer barn med SM som mer ångestfyllda och mindre socialt kompetenta än barn med social ångest, även om självrapporterad ångestnivå inte alltid skiljer sig åt (Yeganeh m.fl., 2003; Young m.fl., 2021).

Förutom social ångest visar barn med SM också samsjuklighet med andra ångeststörningar. Specifik fobi är vanligast (29,5%), följt av agorafobi (15,9%), separationsångest (13,6%) och generaliserad ångest (2,3%) (Carbone m.fl., 2010).

2.6.4 Flerspråkighet

Flerspråkighet är en viktig faktor att beakta vid förståelsen och bedömningen av SM, eftersom begränsat tal i vissa sammanhang kan vara relaterat till både språkutveckling och ångest. Toppelberg m.fl. (2005) betonar vikten av differentialdiagnostik hos flerspråkiga barn, då beteenden som liknar SM kan förekomma som en del av normal andraspråksinlärning, exempelvis för de barn som genomgår en så kallad tyst period. Författarna framhåller att bedömningen bör inkludera barnets språkliga förmåga i samtliga språk samt omfatta i vilka kontexter barnet talar respektive inte talar, för att undvika felaktig diagnostisering. Samtidigt visar Elizur och Perednik (2003) att SM är vanligare hos barn från invandrarfamiljer än hos barn från infödda familjer, vilket tyder på att migrations- och anpassningsrelaterade faktorer kan bidra till problematikens utveckling.

Sammantaget understryker forskningen om flerspråkighet i relation till SM att det inte är själva flerspråkigheten som orsakar SM, men att språkliga och kulturella faktorer kan påverka hur symtomen uttrycks och att detta bör beaktas i både bedömning och intervention.

2.7 Behandlingsmetoder

Det finns flera olika behandlingsmetoder för barn med SM, både psykologiska och farmakologiska, med syfte att minska ångest och stödja kommunikativ förmåga i sociala situationer (Østergaard, 2018). Tidigare forskning har visat positiva effekter av logopediska insatser. I en svensk studentuppsats fann Löwdahl (2025) att ca 70% av barnen med SM uppvisade ökad kommunikation i skolmiljö efter logopedisk intervention, särskilt barn som fick flera insatser jämfört med de barn som fick färre insatser. Studien genomfördes som ett

examensarbete i logopedi vid Karolinska institutet och inkluderade totalt 21 barn från 4.2 till 15.11 års ålder. Som kan noteras är dock svensk logopedisk forskning på området mycket begränsad. Även internationellt har den forskning som finns framför allt bedrivits inom andra discipliner. Enligt Engström (2019) utgår logopeder ofta från metoder som har sitt ursprung i andra discipliner, såsom psykologi och beteendeterapi. I avsnittet nedan beskrivs de metoder som bland annat logopeder använder i behandlingen i dagsläget.

2.7.1 Kognitiv beteendeterapi och Acceptance and commitment therapy

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är den mest studerade och evidensbaserade psykologiska behandlingen för SM. Behandlingen fokuserar på gradvis exponering för tal i olika situationer samt på att förändra ångestframkallande tankemönster hos barnet. En systematisk översikt av behandlingar vid SM visade att en majoritet av barnen som fick KBT uppvisade symtomförbättringar, där 53 av 60 barn visade förbättringar i tal och social interaktion efter interventionen (Østergaard, 2018). *Acceptance and commitment therapy* (ACT) är en modern utveckling inom KBT. Till skillnad från traditionell KBT fokuserar ACT på att öka psykologisk flexibilitet genom acceptans av inre upplevelser och värderande handlingar, snarare än att direkt försöka förändra tankar och känslor (Webster, 2011).

2.7.2 Stimulus fading och shaping

Stimulus fading, även kallad *sliding in*, är en beteendeterapeutisk teknik som används för att gradvis reducera barnets ångest inför att tala i sociala situationer. Metoden innebär att barnet successivt exponeras för personer eller situationer som tidigare upplevts som hotfulla, i takt med att barnet blir mer tryggt. Ett exempel är att barnet först spelar ett verbalt spel och samtalar fritt med en förälder i ett tomt klassrum. Därefter introduceras en klasskamrat som barnet normalt inte talar med. När barnet känner sig bekvämt och kan tala fritt med denna kamrat, introduceras ytterligare en kamrat, och processen fortsätter stegvis. På detta sätt utvidgas gradvis barnets talcirkel, och barnet lär sig kommunicera i allt fler sociala sammanhang utan att uppleva överväldigande ångest (Bork & Bennet, 2020). *Shaping* är en kompletterande teknik där barnet förstärks för successiva närmanden till tal, från enklare vokalisering till mer komplexa verbala svar. I praktiken innebär det att barnet börjar med små steg, till exempel att viska, säga ett ord eller svara kort på frågor, och belönas för varje steg. När barnet blir tryggt i ett steg går man vidare till nästa, mer avancerade nivå, tills målet att tala i tidigare socialt ångestframkallande situationer är uppnått. Denna gradvisa metod stärker både självförtroende och kommunikativ förmåga (Bunnell m.fl., 2018).

2.8 Professionell ansvarsfördelning

Det finns ingen entydig professionell ansvarsfördelning när det gäller utredning och behandling av barn med SM. Trots att SM klassificeras som ett ångesttillstånd kan både psykologer och logopeders kan vara involverade i arbetet med denna patientgrupp. I vissa fall utgör barn- och ungdomspsykiatri den primära vårdinstansen, medan barn i andra fall remitteras till logopedverksamhet. Valet av vårdinstans och typ av insats styrs av lokala riktlinjer samt av den enskilda behandlaren kompetens och kliniska erfarenheter, enligt Engström (2019).

2.9 Logopeders arbete med selektiv mutism

Frågan om logopeders roll vid SM är inte oproblematiserad. Frazier och Howard (2020) konstaterar att det råder oenighet kring huruvida logopeders bör ha en roll i arbetet med barn med SM. I deras studie, som undersökte en grupp av logopeders och skolpsykologers i USA, fann de att båda grupperna var överens om att beteendeterapi är ett förstahandsval vid SM-behandling, och att familjeinkludering bedömdes som mycket viktigt. Deras studie pekar på en samsyn om evidensbaserade behandlingsmetoder, samtidigt som den visar på osäkerhet kring logopedernas specifika roll vid denna patientgrupp. De Jong m.fl. (2026) noterar i sin systematiska översikt att SM manifesteras annorlunda hos äldre ungdomar och unga vuxna än hos yngre barn, vilket väcker frågor om hur logopeders insatser bör utformas för olika åldersgrupper. De fann att SM blir mer behandlingsresistent över tid, vilket understryker betydelsen av tidig identifiering och intervention, en faktor som kan ha implikationer för prioritering och organisation av arbetet med denna patientgrupp. Sudheer m.fl. (2025) undersökte logopeders kunskap och grad av medvetenhet om SM i Indien. Resultaten visar att kunskapen om SM varierar inom professionen. Logopeders med tidigare erfarenhet av att arbeta med barn med SM uppvisar en högre grad av medvetenhet och förståelse för tillståndet medan de utan sådan erfarenhet har lägre kunskapsnivå. Författarna av studien understryker vikten av att inkludera SM i logopeders grundutbildning.

En genomgång av tillgängliga utbildningsplaner vid logopedprogrammets samtliga lärosäten i Sverige visar att SM inte framgår som ett uttalat moment. Detta innebär dock inte nödvändigtvis att ämnet är helt frånvarande i undervisningen eftersom utbildningsplaner sällan anger varje enskilt innehållsmoment och ett tillstånd kan beröras inom ramen för en kurs utan att nämnas explicit i planen.

2.9.1 Internationella riktlinjer för logopedier vid selektiv mutism

Internationellt har logopedier en viktig roll i bedömning och intervention för barn med SM. Enligt American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2023), bedömer logopeden barnet med SM:s språkliga och kommunikativa förmåga både genom strukturerade tester och i naturliga miljöer som skola och hem, och dokumenterar tal-, språk- och pragmatiska färdigheter, inklusive icke-verbal kommunikation. Interventionen bygger enligt ASHA (2023) på evidensbaserade metoder och sker ofta i samarbete med psykologer, lärare och föräldrar. Logopeden ingår som expert i ett tvärprofessionellt team och integrerar kommunikativa insatser med beteendeterapeutiska och kognitiva strategier för att minska ångest.

Supporting Children and Young People with Selective Mutism - Practice Guidelines är ett lokalt riktlinjedokument framtaget för att stödja arbetet med barn med SM inom förskola och skola (Aberdeenshire Council, 2024). Riktlinjerna betonar ett tvärprofessionellt arbete där logopedier, psykologer, pedagoger och vårdnadshavare samarbetar kring barnet. Riktlinjerna betonar i första hand indirekt kartläggning genom strukturerade formulär för att identifiera kommunikativa mönster. Vidare innehåller dokumentet förslag på rådgivning till barnets omgivning och rekommenderar interventionen sliding in. Riktlinjerna riktar sig till personal som jobbar med barn och unga personer med SM. De beskriver inte specifikt vilken profession som ansvarar för vilka uppgifter.

Selective Mutism Association (SMA) är en internationell ideell organisation som samlar resurser, forskning och vägledning om SM för olika professioner, familjer och vårdpersonal. Deras material ”Speech Language Therapy and Selective Mutism” är baserat på beprövad erfarenhet. Materialet är en resurs för logopedier och andra behandlare om hur man kan bedöma och stödja barn med SM. Texten är framtagen av erfarna kliniker och bygger på klinisk erfarenhet inom området. SMA betonar att logopedisk bedömning baseras på observationer, frågeformulär och direkt utvärdering i olika miljöer och inkluderar både verbal och icke-verbal kommunikation. De uppger flera bedömningsmaterial som kan användas och som vid behov kan anpassas genom att föräldern till barnet kan utföra testningen. Interventionen utförs gradvis och är individanpassad samt sker ofta i samarbete med psykolog (Klein m.fl., 2012).

2.9.2 Nationella riktlinjer för logopedier i Sverige vid selektiv mutism

På Logopedförbundets hemsida finns det inga kliniska riktlinjer för logopediskt arbete med barn med SM. Region Jönköping och Västra Götalandsregionen har regionalt publicerade

vårdriktlinjer gällande SM. Båda riktlinjerna beskriver SM som ett ångestrelaterat tillstånd och i båda dokumenten framhålls att tidig identifiering och tidiga insatser förbättrar prognosen samt att samverkan mellan hälso- och sjukvård, förskola/skola och vårdnadshavare är central. I Jönköpings riktlinje betonas logopedens funktion i differentialdiagnostik och vid samtidig språkstörning, medan Västra Götalands riktlinje i huvudsak placerar SM inom ramen för ångestsyndrom och psykologisk behandling, där logopediska insatser endast indirekt berörs (Region Jönköpings län, 2024; Västra Götalandsregionen, 2026). Enligt Nationella vård- och insatsprogram (2025) finns det effektiva behandlingsinsatser för SM hos barn och unga (0–17 år), där tidig identifiering och snabb tillgång till bedömning och insatser är viktiga för prognosen. Rekommenderade insatser innefattar psykopedagogisk behandling och vid behov KBT. Centrala komponenter i behandlingen är ”defokuserad kommunikation”, det vill säga att vuxna undviker direkt ögonkontakt och frågor riktade till barnet och i stället pratar om pågående aktiviteter i barnets omgivning, samt stegvis exponering för att tala, där barnet successivt tränar på att tala i olika situationer. Insatserna anpassas efter barnets behov och sker i nära samverkan med vårdnadshavare och förskola/skola. Uppföljning av behandling rekommenderas ske med hjälp av validerade skattningsskalor, dels en föräldraskattning: The Selective Mutism Questionnaire (SMQ) (Bergman m.fl., 2008), dels en lärarskattning: The School Speech Questionnaire (SSQ) (Bergman m.fl., 2002) för att mäta tal och dess påverkan på vardagen. Logopedens roll specificeras inte tydligt, utan nämns under ”yrkesroll” tillsammans med flera andra professioner. Enligt en verksamhetsuppföljning från BUP Nordväst av Ringler (2016) finns det ett behov av riktlinjer för utredning och intervention för att stötta barn med SM.

3. Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur logopedier i Sverige arbetar med barn som har selektiv mutism, samt att belysa vilka hinder och möjligheter som finns i arbetet med denna patientgrupp. Arbetet syftade även till att kartlägga behovet av riktlinjer, kompetensutveckling och samverkan med andra yrkesgrupper. Studien vägleds av följande frågeställningar.

3.1 Frågeställningar

- Hur uppger logopedier i Sverige att de arbetar med barn med selektiv mutism?
- Vilka hinder och möjligheter upplever logopedier att det finns i det logopediska arbetet med barn med selektiv mutism?
- I vilken utsträckning och inom vilka områden uttrycker logopedier ett behov av riktlinjer för arbetet med barn med selektiv mutism?

4. Metod

4.1 Studiedesign

Studien har en kvalitativ studiedesign och genomfördes i form av individuella semistrukturerade intervjuer. Designen valdes för att möjliggöra en fördjupad förståelse av logopeders erfarenhet av arbete med barn med SM. Det insamlade materialet transkriberades och analyserades med en induktiv tematisk analys enligt Braun och Clarke (2022).

4.2 Deltagare och rekrytering

Studien har en kvalitativ ansats och deltagarna rekryterades genom ett strategiskt urval. Inklusionskriterierna var att deltagarna var legitimerade logopedier med erfarenhet av arbete med barn med SM. Logopedier som saknade erfarenhet av området exkluderades.

Rekryteringen genomfördes huvudsakligen via två tillvägagångssätt. Dels publicerades ett informationsinlägg i en facebookgrupp för logopedier, dels kontaktades regioner, mottagningar och enskilda logopedier via e-post med information om studien och en förfrågan om deltagande. Rekryteringsperioden pågick mellan 20/1–6/3 2026.

Totalt deltog 14 legitimerade logopedier i studien. Antalet deltagare bedömdes vara tillräckligt för att möjliggöra en fördjupad analys av deltagarnas erfarenheter, vilket är förenligt med kvalitativ metodik, där fokus ligger på innehållets djup snarare än generaliserbarhet (Johannessen m.fl., 2020). Mot bakgrund av att evidensläget för logopeders arbete med barn med SM i dagsläget är begränsat utgör klinisk beprövad erfarenhet en viktig kunskapskälla. Enligt Socialstyrelsen (2025) bygger evidensbaserad praktik på en sammanvägning av flera kunskapskällor, däribland beprövad erfarenhet, vilket motiverar valet att genom intervjuer fånga den samlade kliniska kunskap som kliniskt verksamma logopedier besitter.

4.2.1 Samtycke

Samtliga deltagare erhöll skriftlig information om studiens syfte, genomförande, frivillighet samt hur insamlat material skulle hanteras (se Bilaga 1). Informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagare i samband med intervjugenomförandet. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange skäl och utan negativa konsekvenser. Underskriven samtyckesblankett lagrades först på en lösenordsskyddad yta i Nextcloud som endast handledare och författarna hade tillgång till och därefter i ett låst utrymme hos handledaren.

4.2.2. Deltagarbeskrivning

En översikt av deltagarnas bakgrund presenteras i Tabell 1. För att säkerställa konfidentialitet har deltagarna tilldelats fingerade namn i form av Logoped A–N. Uppgifter som skulle kunna identifiera enskilda personer eller arbetsplatser har utelämnats och specifik yrkeserfarenhet har getts ett större spann. Vad gäller geografisk spridning hos deltagarna finns det verksamma representanter från samtliga tre landsdelar; Götaland, Svealand och Norrland. Deltagarna representerar samtliga utbildningsorter för logopedprogrammen i Sverige, med undantag för Karolinska institutet och Uppsala universitet.

Tabell 1. Översikt av deltagarnas bakgrund

Deltagare	Yrkeserfarenhet	Yrkeserfarenhet av SM	Verksamhet
Logoped A	15 – 20 år	5 – 9 år	Logopedmottagning
Logoped B	10 – 14 år	5 – 9 år	Logopedmottagning
Logoped C	10 – 14 år	5 – 9 år	Logopedmottagning
Logoped D	15 – 20 år	5 – 9 år	Logopedmottagning
Logoped E	5 – 9 år	0 – 4 år	Allmänmottagning
Logoped F	15 – 20 år	10 – 14 år	Central elevhälsa
Logoped G	0 – 4 år	0 – 4 år	Logopedmottagning
Logoped H	15 – 20 år	10 – 14 år	Logopedmottagning
Logoped I	10 – 14 år	5 – 9 år	Logopedmottagning
Logoped J	5 – 9 år	0 – 4 år	Barn- och ungdomspsykiatri
Logoped K	35 – 40 år	10 – 14 år	Central elevhälsa
Logoped L	10 – 14 år	10 – 14 år	Skola
Logoped M	10 – 14 år	5 – 9 år	Habilitering
Logoped N	5 – 9 år	0 – 4 år	Logopedmottagning

4.3 Materialinsamling

Materialinsamlingen genomfördes under perioden 2/2–3/3 2026 och bestod av individuella semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes digitalt via Microsoft Teams, vilket valdes av praktiska skäl, då deltagarna var geografiskt spridda. Intervjuerna varade mellan cirka 18 och 37 minuter (medellängd 27 minuter). Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av ljudinspelare.

4.3.1 Semistrukturerade intervjuer

Semistrukturerade intervjuer valdes som metod för att möjliggöra en balans mellan struktur och flexibilitet (Johannessen m.fl., 2020). Metoden gav utrymme för deltagarna att beskriva sina erfarenheter med egna ord samtidigt som intervjuerna hölls inom ramen för studiens syfte. En intervjuguide formades med öppna och slutna frågor kopplade till forskningsfrågorna (se Bilaga 2). Frågorna bestod av en kombination av inledande, direkta, specificerade och

sonderande frågor, i enlighet med Kvaales och Brinkmanns (2014) beskrivning av kvalitativ intervjuforskning. Guiden inleddes med bakgrundsfrågor för att skapa kontext och trygghet, följt av frågor som syftade till att belysa deltagarnas erfarenheter av bedömning, behandling och samverkan. Vid behov ställdes uppföljande och sonderande frågor för att förtydliga eller fördjupa deltagarnas resonemang. Intervjuguiden användes som stöd, men ordningsföljden anpassades efter intervjuens naturliga förlopp (Bryman, 2018).

4.3.2 Transkribering

Intervjuerna transkriberades gemensamt av författarna i två steg. Inledningsvis användes den automatiska transkriptionsfunktionen i Microsoft Teams. Därefter granskades och korrigerades transkriptionen ortografiskt genom upprepad genomlysning av ljudfilerna för att säkerställa korrekthet. Vid meningsskiljaktighet mellan författarnas tolkning av materialet diskuterades innehållet tills konsensus var uppnått. I samband med transkriberingen avidentifierades materialet genom att namn och andra identifierande uppgifter avlägsnades.

4.4 Tematisk analys

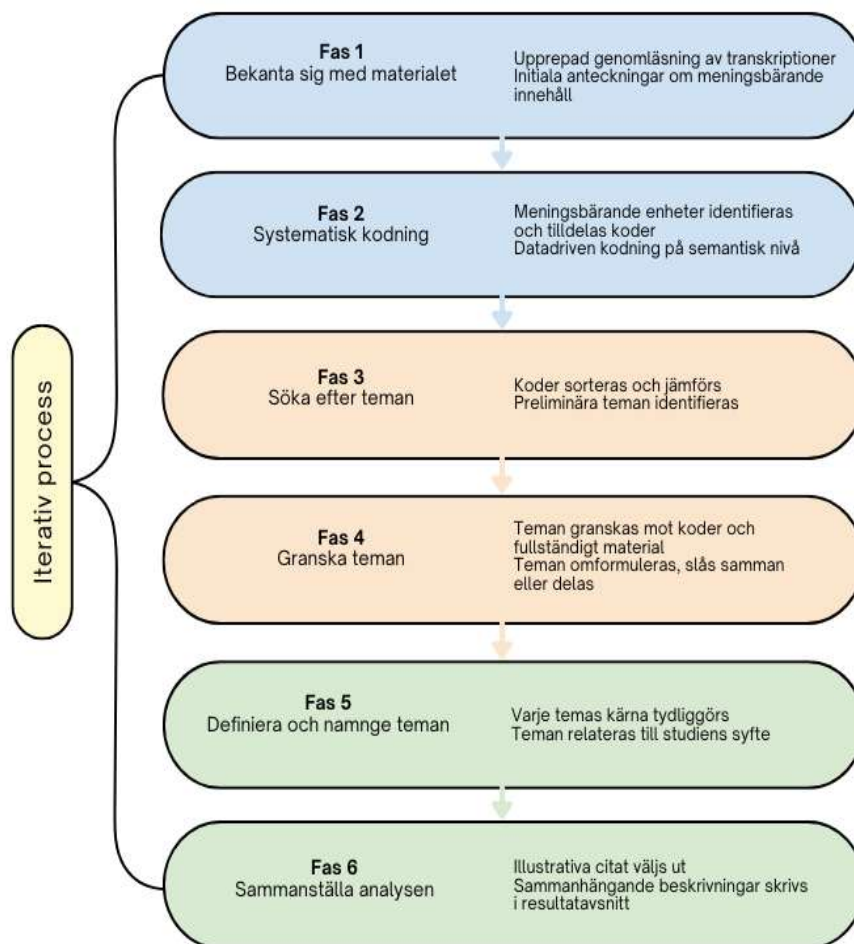
Det insamlade materialet analyserades med tematisk analys enligt Braun och Clarke (2022). Tematisk analys valdes eftersom metoden möjliggör identifiering och analys av återkommande mönster i kvalitativt empiriskt material samt lämpar sig väl för att undersöka deltagares erfarenheter och perspektiv. Analysen genomfördes induktivt, vilket innebar att teman identifierades utifrån materialet snarare än utifrån en förutbestämd teoretisk ram (Johannessen m.fl., 2020).

Analysen följde Braun och Clarkes (2022) sex faser, vilka inte ska ses som strikt linjära utan som en iterativ process, där forskarna rör sig fram och tillbaka mellan stegen. I den första fasen bekantade sig författarna med materialet genom upprepad genomläsning av transkriptionerna för att skapa en helhetsförståelse. Parallellt gjordes initiala anteckningar om potentiellt meningsbärande innehåll. I den andra fasen genomfördes en systematisk kodning av materialet, där meningsbärande enheter identifierades och tilldelades koder som beskrev innehållet på en semantisk nivå. Kodningen var datadriven och syftade till att fånga centrala aspekter av deltagarnas utsagor, utan att tolka dem utifrån förutbestämda kategorier. I nästa fas sorterades koderna och jämfördes med varandra för att identifiera preliminära teman. Dessa teman granskades därefter i relation till både de kodade utdragen och det fullständiga materialet för

att säkerställa att de var sammanhängande, distinkta och representativa för materialet som helhet. Under denna process omformulerades, slogs samman eller delades teman vid behov. I den femte fasen fördjupades analysen genom att teman definierades och namngavs. Fokus låg på att tydliggöra varje temas kärna och hur det relaterade till studiens syfte. Slutligen sammanställdes analysen i den sjätte fasen genom urval av illustrativa citat och sammanhängande beskrivningar av temana i resultatavsnittet (se figur 1).

Figur 1

Flödesschema av tematisk analys



Analysen genomfördes av båda författarna, som initialt kodade materialet var för sig och därefter jämförde och diskuterade koder och teman gemensamt. Denna dialog användes inte för att uppnå konsensus i form av kodöverensstämmelse, utan för att fördjupa analysen och synliggöra alternativa tolkningar, i linje med Braun och Clarkes (2022) reflexiva syn på tematisk analys. Eventuella skillnader i tolkning hanterades genom gemensam återgång till

materialet. Författarna är logopedstudenter i slutet av sin utbildning, vilket innebär en förförståelse kring språk- och kommunikationssvårigheter som kan ha påverkat analysen. Denna förförståelse kan både ha underlättat tolkningen av materialet och påverkat vilka aspekter som uppmärksammades. För att hantera detta arbetade vi reflexivt genom hela analysprocessen och reflekterade över hur våra perspektiv kunde påverka kodning och temabildning. Analysen genomfördes i dialog mellan författarna, där tolkningar kontinuerligt prövades mot materialet.

4.5 Etiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer avseende information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna informerades skriftligt om studiens syfte, genomförande och frivillighet samt om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan negativa konsekvenser. Informerat samtycke inhämtades skriftligen före materialinsamlingen.

För att skydda deltagarnas integritet hanterades allt insamlat material konfidentiellt. Inspelade intervjuer och transkriberat material lagrades på Nextcloud. I samband med transkribering avidentifierades materialet genom att direkt identifierande uppgifter avlägsnades och deltagarna tilldelades pseudonymer. Resultatet presenteras i resultatkapitlet nedan på gruppnivå på ett sådant sätt att enskilda deltagare eller arbetsplatser inte kan identifieras.

Deltagarna intervjuades i sin yrkesroll, vilket innebar att forskningsfrågorna potentiellt kan ha upplevts som värderande eller inkräktande på den professionella identiteten. För att minska denna risk betonades att studiens syfte inte var att utvärdera deltagarnas yrkesutövning, utan att undersöka deras erfarenheter och perspektiv. Intervjuerna genomfördes med ett icke-värderande förhållningssätt och deltagarna uppmuntrades att dela den information som de själva upplevde som relevant.

Vidare beaktades risken att deltagarnas beskrivning av kliniska situationer skulle kunna innehålla information som indirekt skulle kunna identifiera patienter. Av detta skäl har särskild omsorg lagts vid att avidentifiera även sådana uppgifter i transkriptioner och i resultatpresentationen.

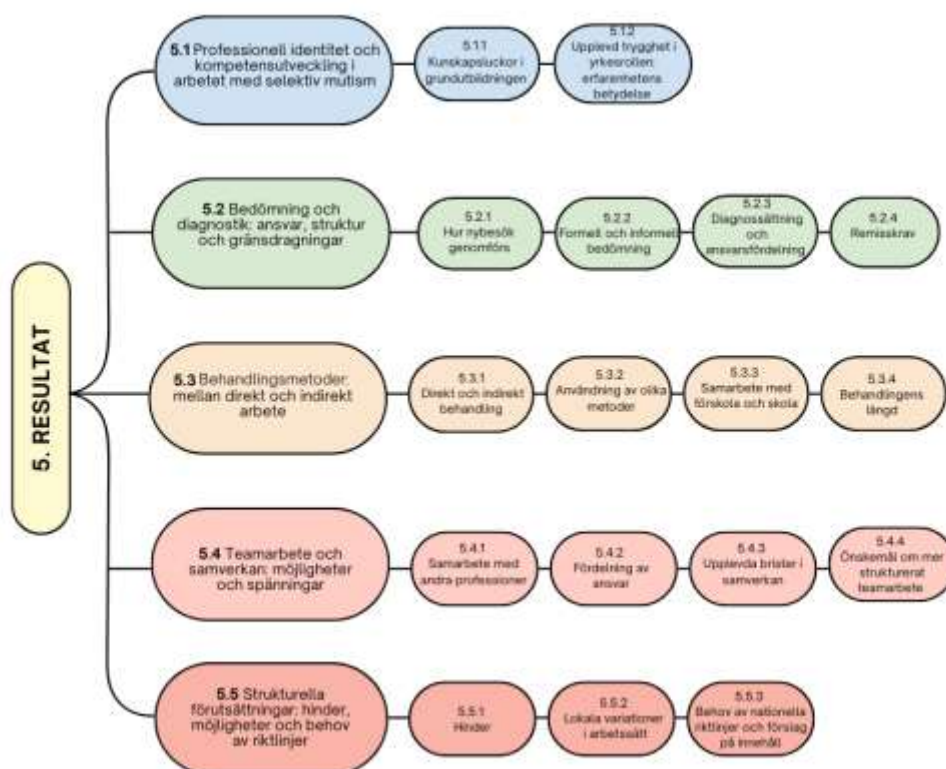
Eftersom studien genomfördes inom ramen för högskoleutbildning och inte innefattade känsliga personuppgifter eller interventioner som omfattades av etikprövningslagen (SFS 2003:460), krävdes inget godkännande från Etikprövningsmyndigheten. Nyttan med studien bedömdes överväga eventuella risker, då deltagandet inte förväntades medföra någon skada och resultaten kan bidra till ökad kunskap om logopediskt arbete med barn med SM.

5. Resultat

I detta avsnitt presenteras resultaten från den tematiska analysen av intervjuerna med logopedier som arbetar med selektiv mutism (SM). Analysen resulterade i fem övergripande teman med 17 tillhörande underteman, vilka tillsammans belyser hur logopedier navigerar sin professionella roll, sina arbetsmetoder och de strukturella förutsättningar som präglar arbetet med denna patientgrupp (se figur 2). Citaten som presenteras är hämtade direkt ur intervjumaterialet och har i vissa fall lätt redigerats för läsbarhet, utan att innebörden förändrats.

Figur 2

Flödesschema av resultat



5.1 Professionell identitet och kompetensutveckling i arbetet med selektiv mutism

Det första temat berör hur logopederna positionerar sig själva i relation till patientgruppen och hur deras kompetens har vuxit fram. En övergripande bild som framträder i materialet är att arbetet med SM i hög grad är erfarenhetsbaserat snarare än baserat på information från utbildningen. Professionell trygghet tycks uppstå genom klinisk praktik snarare än genom grundutbildningen.

5.1.1 Kunskapsluckor i grundutbildningen

Trots olika utbildningsorter beskriver samtliga logopeder en påtaglig kunskapslucka i grundutbildningen vad gäller SM. Flera uppger att diagnosen knappt nämndes, eller att den behandlades ytterst översiktligt, vilket innebar att de kände sig oförberedda när de väl mötte patientgruppen i klinisk verksamhet. Logoped I sammanfattar känslan:

“Det nämndes vet jag [SM] men inte särskilt mycket så att när jag började jobba så kände jag mig väldigt osäker på hur man skulle hantera de patienterna.” (Logoped I)

I stället har kunskapen byggts upp genom egna initiativ. Flera beskriver sin kunskapsbas som en kombination av fortbildning genom kurser, kollegialt utbyte, kompetensutvecklingsarbete, nätverksträffar och egenstudier, där en kurs på Uppsala universitet nämns av flera som särskilt betydelsefull.

“I början var det en annan kollega till mig som först började jobba med de här barnen och sen skulle hon vara föräldraledig, så då fick jag lite så crash course av henne. Men det var väldigt, väldigt basic. Både hon och jag var väldigt nya då, men sen kom ju den här Uppsala-kursen [...] Innan dess hade man ju liksom läst på en del och varit med på nått sånt här nätverk och så. Men efter det kände man väl att nu har man mycket kött på benen.” (Logoped C)

5.1.2 Upplevd trygghet i yrkesrollen: erfarenhetens betydelse

En tydlig skiljelinje framträder i materialet när det gäller upplevd yrkesmässig trygghet; de logopeder som arbetat längre med patientgruppen beskriver genomgående en stabil trygghet, medan de med kortare erfarenhet, ofta med 0–4 år med patientgruppen, i högre grad uttrycker tveksamhet eller en pågående process. Det handlar således inte primärt om total arbetslivserfarenhet som logoped, utan om hur länge man specifikt mött barn med SM.

Bland logopedier med längre erfarenhet är trygghetsbeskrivningarna mer bestämda, och flera betonar att trygghet inte innebär nöjsamhet utan att kontinuerlig uppdatering är nödvändig.

Logoped B berättar:

“Ja, men det gör jag väl [är trygg]. Ju mer man jobbar med dem och möter dem, ju säkrare blir man. Sen är det en svår grupp just för att man kanske inte heller har något i sin grundutbildning att stå på. Det känns som det är väldigt beroende av att man själv är intresserad och brinner lite för det och läser på och läser mer. Men jag känner mig trygg i att jag vet förhållandevis bra hur jag ska göra i alla fall.” (Logoped B)

Logoped E framhäver komorbiditet som en gräns för trygghet även bland mer erfarna logopedier:

“Både ja och nej skulle jag nog säga. Det beror lite på faktiskt hur svåra eller hur lätta de är att jobba med. Sen finns det ju ett samband med både SM och språkliga svårigheter och har de både SM och grav språkstörning. Då blir det ganska svårt faktiskt och där kan jag tycka att det är jobbigast.” (Logoped E)

Sammanfattningsvis framstår erfarenhetens längd som den viktigaste förklarande faktorn för upplevd trygghet, men tryggheten är sällan absolut. Även erfarna logopedier identifierar gränser för sin kompetens, framför allt vid komorbiditet med andra tillstånd.

5.2 Bedömning och diagnostik: ansvar, struktur och gränsdragningar

Det andra temat handlar om hur bedömningsprocessen organiseras och hur ansvaret för diagnostik fördelas mellan professioner. En tydlig bild som träder fram är att varken strukturen för bedömning eller mandatet för diagnossättning är enhetlig; lokala variationer och organisatoriska ramar tycks vara avgörande.

5.2.1 Hur nybesök genomförs

Majoriteten av logopederna genomför nybesöken på egen hand. Logoped B beskriver ett flerstegsförfarande:

“Vi har liksom standardupplägg här för att ja lite beroende på om det är yngre barn eller äldre barn. Men är det yngre barn så har vi alltid föräldrasamtal först på plats där föräldrarna får berätta. Och sen har vi ett till besök på plats där barnet är med [...] och sen så har vi ett återkopplingstillfälle.” (Logoped B)

Logoped L, som arbetar som skollogoped, beskriver ett mer observationsbaserat upplägg direkt i barnets miljö. Logoped N inkorporerar en kort sliding-in-sekvens redan vid bedömningsbesöket för att tidigt få en bild av barnets kommunikationsförmåga. Ett fåtal av logopederna uppger att de arbetar i etablerade samarbetsstrukturer och har gemensamma nybesök.

5.2.2 Formell och informell bedömning

Ur analysen framkommer att bedömningen av barn med SM präglas av ett pragmatiskt förhållningssätt. Formell bedömning riktas framför allt mot språkförståelse och impressiv förmåga, medan expressiv förmåga bedöms indirekt. Logoped D beskriver att den expressiva förmågan ofta bedöms genom att föräldrarna får skicka in videomaterial från hemmiljön. Logoped L beskriver hur observation i barnets naturliga miljö ger information som ett mottagningsbesök inte kan ge:

“Med yngre barn mycket iaktta, titta och bedöma liksom hur kommunicerar barnet överhuvudtaget. De flesta barn har ju någon kommunikation, även om de har SM, om de nickar eller pekar kanske eller så där. [...] Sen så brukar jag titta efter hur de reagerar på mig i rummet när jag kommer in som ny, för det tycker jag säger väldigt mycket om hur medvetna de själva är om sin SM eller liksom tystnad. Det kan säga någonting också lite om det är mer autism eller om det är ångest.” (Logoped L)

Skattningsverktyg som SMQ-formuläret (se avsnitt 2.9.2) används av vissa logopeder som ett formellt komplement och för att möjliggöra jämförelser över tid. Logoped E betonar att formell testning kan verka hämmande och att en lekfull ingång ofta ger mer information, då barn snabbt uppfattar när testmaterialet tas fram och kan låsa sig.

5.2.3 Diagnossättning och ansvarsfördelning

Frågan om vem som har rätt att sätta diagnosen SM är en av de tydligaste källorna till variation i materialet. Hälften av logopederna uppger att de inte ställer diagnos. Orsaken bakom detta skiljer sig åt; vissa hänvisar till regionala riktlinjer där diagnossättning är förbehållen psykologer eftersom SM är ett ångesttillstånd, medan andra beskriver att de har mandat att ställa diagnosen men att det inte ingår i deras arbetsuppgift. Logoped A beskriver hur hen hanterar detta i praktiken:

“I vår region så får vi inte lov att göra det [ställa diagnos]. För man menar att det är ett ångesttillstånd. Det är en psykiatrisk diagnos och då är det barnpsykologer som formellt får

ställa diagnosen, men jag brukar sätta diagnoskoden men byta ut i fritext, då skriver jag misstänkt SM snedstreck talängslan för att ändå markera.” (Logoped A)

Den andra hälften av logopederna uppger att de ställer diagnosen själva, utan förbehåll.

5.2.4 Remisskrav

Olikheter framträder gällande hur remisskraven formuleras och tillämpas. Beskrivningarna skiljer sig åt mellan logopeder, vilket tyder på att det inte finns en helt enhetlig praxis kring vilka kriterier som behöver uppfyllas för att en remiss ska vara aktuell. Flertalet av logopederna berättar att de endast har krav på en frågeställning, medan andra beskriver att man både behöver ha frågeställning om SM och språkstörning. Logoped D beskriver:

“Vi har tidigare tagit emot remisser även för de barn som inte har språkliga diagnoser, utan frågeställningen SM, där vi såg att de kanske inte helt är vårt uppdrag. Så därefter har vi ändrat remisskriterierna till att det ska finnas både frågeställning om talängslan och en språklig frågeställning för att ta emot remiss.” (Logoped D)

5.3 Behandlingsmetoder: mellan direkt och indirekt arbete

Det tredje temat berör hur behandlingen genomförs. Bilden är genomgående flexibel och individanpassad, men denna flexibilitet speglar också en avsaknad av etablerade, logopedspecifika metoder, vilket kan leda till variation i praxis.

5.3.1 Direkt och indirekt behandling

De flesta logopeder beskriver en kombination av direkt och indirekt behandling, men tyngdpunkten varierar kraftigt beroende på arbetskontext. Flera föredrar indirekt behandling med motiveringen att det saknas indikation för att barnet ska öva kommunikation med logopeden, som inte finns i barnets vardag. Logoped N lyfter dock fram ett undantag, när en misstänkt språkstörning behöver utredas kan direkt behandling av SM vara ett nödvändigt första steg. Logoped C beskriver hur både direkt och indirekt behandling har ett syfte:

“Det blir ju kanske mest indirekt för den här patientgruppen eftersom vi vet att det ofta inte generaliseras utanför behandlingsrummet, men samtidigt för att kunna handleda andra så måste jag veta vad som funkar så därför måste vi ju också själva testa det. [...] Så att egentligen både direkt och indirekt.” (Logoped C)

Den indirekta behandlingen innefattar framför allt handledning och information till föräldrar och förskola/skola. Flera logopeder arrangerar föräldraträffar eller föräldrautbildningar varje

termin, med syftet att låta föräldrarna stötta varandra och utbyta erfarenheter, vid sidan av den mer renodlade behandlingskontexten.

5.3.2 Användning av olika metoder

Sliding in och shaping (se avsnitt 2.7.2) utgör den metodologiska grunden för i princip samtliga logopeders, och teknikerna kombineras ofta i ett och samma behandlingsupplägg där barnet gradvis exponeras för fler kommunikationspartners och mer krävande situationer. Logoped F beskriver ett detaljerat direkt upplägg med läsövningar som redskap och en stegvis process där fler deltagare successivt bjuds in.

Flera av logopederna beskriver hur patientutbildning och kunskapsspridning, anpassat efter barnets ålder och mognad, är ett viktigt komplement till de direkta metoderna:

“Någonstans där kring skolstarten [...] om de är mottagliga för information om varför talet låser sig, så kan det vara mycket fokus på liksom psykoedukation att prata om rädslor och förstå varför.” (Logoped H)

Logoped F illustrerar hur ett sådant samtal kan se ut i praktiken:

“Jag brukar ofta säga när de har kommit upp lite i åldern, 'vet du? Jag träffar många elever som tycker att det är tufft att prata' och då kan jag tycka att axlarna sjunker lite på de här barnen för att de känner sig oftast väldigt, väldigt ensamma och de förstår ju inte varför de inte pratar själva, liksom. Det är ju ingen som egentligen har pratat om det ihop med dem, det tycker jag är ett stort fel vi gör också. Det blir liksom lite elefanten i rummet. Det är ingen som adresserar det och säger, 'jag vet att du tycker det är svårt att prata, men jag kommer inte tvinga dig. Vi ska se om vi kan jobba med det här tillsammans och det brukar kunna bli bättre'. Jag brukar försöka ge dem hopp.” (Logoped F)

Logoped M på habilitering utgår från ett generellt habiliteringsperspektiv och använder alternativa kommunikationssätt snarare än specifika SM-metoder. Även Logoped F och Logoped K lyfter fram att barn med SM kan ha nytta av anpassningar i skolmiljön, exempelvis att skriva sitt svar på en whiteboardtavla som ett alternativt kommunikationssätt.

5.3.3 Samarbete med förskola och skola

Samarbete med förskole- och skolpersonal framstår som centralt i samtliga behandlingsupplägg. Logoped A betonar vikten av att inkludera så breda representanter som möjligt vid det inledande skolmötet, inklusive rektor, eftersom det är de som förfogar över

resurser. Flera logopeder lyfter fram att utfallet i hög grad beror på vilket engagemang man möter hos personalen, och att mer strukturerade insatser som shaping eller sliding in i skolmiljön kan vara svåra att genomföra eftersom personalen har svårt att avsätta tid. Logoped N sammanfattar:

“Det kan vara väldigt stor variation i mottagligheten hos skolorna, förskolorna, vad de är villiga att göra, vad de tycker att de ansvarar för att göra. [...] Det är inte så svårt att få till en samverkan, alltså att de vill ta emot information. Men just mer strukturerade insatser och shaping eller sliding in i förskolans- och skolmiljö, där är det klurigare, för de har ju svårare att sätta av den tiden.” (Logoped N)

5.3.4 Behandlingens längd

Logopedernas kontakt med barnen med SM varierar kraftigt i längd, från ett par månader upp emot fem år eller mer. Logoped B beskriver:

“Det är så himla olika, [...] Det kan hända att man kan avsluta efter ett år kanske. [...] Till patienter som har följt med upp emot fem år.” (Logoped B)

Flertalet logopeder beskriver SM som en patientgrupp där långa kontakter är regel snarare än undantag, men betonar vikten av att inte skapa ett beroende. Logoped H lyfter fram att täta kontakter i början kan fasas ut, och övergångar, exempelvis från förskola till skola, är tidpunkter då behovet av stöd ofta återkommer.

“Generellt så skulle jag väl säga att det är en patientgrupp där man har långa kontakter, men med det sagt så ska man inte göra att de blir beroende av en heller [...] oftast kan det vara en tätare kontakt i början och sen har man uppföljningar utifrån vad barnet har för behov [...] ofta vid övergångar också, från förskola till skola, eller från lågstadiet till mellanstadiet, behöver vi ibland komma in.” (Logoped H)

5.4 Teamarbete och samverkan: möjligheter och spänningar

Det fjärde temat handlar om tvärprofessionellt arbete och samverkan. SM befinner sig i gränslandet mellan olika professioners kompetens, vilket gör samverkan avgörande men samtidigt organisatoriskt sårbar.

5.4.1 Samarbete med andra professioner

Graden av samverkan varierar enormt beroende på organisatorisk kontext. I de fall logopeden sitter nära angränsande professioner beskrivs samarbetet som tätt och värdefullt. Logoped E, som sitter i nära anknytning till BHV-psykologer, beskriver ett idealt tätt samarbete:

“Jag har ju turen att sitta i ett hus där vi sitter med BHV-psykologer precis intill så att oftast träffar vi ju patientgruppen tillsammans med dem. [...] Jag tycker ju logoped och psykolog tillsammans att vi gör ett ganska bra jobb. Jag tror att utan psykologerna hade jag nog känt mig väldigt vilsen faktiskt.” (Logoped E)

Andra logopederna arbetar i mer informella konstellationer tillsammans med lärare och specialpedagoger, utan ett formellt etablerat team. Logoped L lyfter också fram medicinering som ett värdefullt komplement vid behandling av SM hos äldre barn, i samarbete med läkare, och beskriver att kombinationen av medicinering och behandling gett de bästa resultaten i hans erfarenhet. Flertalet av de intervjuade logopederna uppger dock att deras arbete ofta sker utan ett tydligt etablerat team.

5.4.2 Fördelning av ansvar

Rollfördelningen mellan logoped och angränsande professioner är delvis oklar. I de fall ett team finns beskrivs en naturlig funktionsuppdelning där logopeden fokuserar på språk och kommunikation, psykologen på känslor och relationer, och specialpedagogen på anpassningar i förskola och skola. Där ett sådant team saknas bär logopeden ett bredare ansvar, vilket av flera upplevs som påfrestande.

5.4.3 Upplevda brister i samverkan

Bristerna i samverkan är ett genomgående tema. En återkommande problematik är att vården upplevs som fragmenterad och att patienter riskerar att hamna mellan stolarna när ansvarsfördelningen är oklar. Logoped A beskriver bilden:

“Man har kontakt med BUP för vissa saker, man har kontakt med HAB om man har autism. Men det är liksom inga vägar sinsemellan [...] Alla lite bollar över patienten sinsemellan. Och så lägger man till det här att 'nej, men det går inte för hen pratar ju inte, så det går inte att utreda och går inte att behandla'. Så det skulle jag säga ett hinder är att vården är så stuprörsformad.” (Logoped A)

Ett konkret uttryck för brister i samverkan är att vissa psykologer uppges ha avslagit behandling med motiveringen att de inte kan arbeta med patienter som inte pratar, ett förhållningssätt som flera logopederna reagerat starkt på. Ansvarsfördelningen mellan BUP och logopedmottagningar beskrivs som oklar och ojämn mellan regioner, även om vissa uppger att situationen har förbättrats något över tid.

5.4.4 Önskemål om mer strukturerat teamarbete

Önskemål om mer strukturerat teambaserat arbete är utbrett. En del logopedier efterfrågar ett dedikerat SM-team bestående av logoped, psykolog och specialpedagog, med läkare som värdefullt tillskott vid behov av medicinering. Logoped I sätter ord på vad ensamarbete innebär i praktiken:

“Ofta hade man ju gärna velat ha [teamkollega]. För även om vi kan mycket om SM [...] Känner man ju också många gånger att jag är inte psykolog så att man hade gärna velat ha någon nära att bolla med också eller någon som sitter med på samma möte och pratar om vissa delar som känns mer kopplade till en annan profession.” (Logoped I)

Logoped C nyanserar bilden genom att både uttrycka ett behov av ökat samarbete och samtidigt betona logopedens självständiga kompetens.

“I vissa fall kan man ju ibland önska att man haft mer samarbete där [med BUP]. [...] Ju äldre barnen är tycker jag att, särskilt de yngre barnen där räcker vår logopediska kompetens ofta till, men ju äldre barnet blir desto större risk är det för att de har fler diagnoser, ångestdiagnoser eller ja, men en mer fäst problematik och desto svårare kan det bli då som ensam logoped ta sig ur det. [...] Men, det är liksom inte i alla fall jag känner att 'åh här hade jag behövt ha en psykolog'. [...] Är man väldigt påläst och intresserad så kan vi göra väldigt mycket på egen hand också. Så man ska liksom inte heller vara rädd tänker jag för att man inte räcker till som logoped för det kan man göra i många fall.” (Logoped C)

5.5 Strukturella förutsättningar: hinder, möjligheter och behov av riktlinjer

Det femte och sista temat berör de organisatoriska och strukturella villkor som formar logopedernas arbete. En tydlig bild som framträder är att arbetet med SM vilar på lokala initiativ snarare än nationell styrning, vilket skapar ojämlikhet i vård och osäkerhet i professionell praxis.

5.5.1 Hinder

Bland några av de vanligast nämnda hindren finns resursbrist, svårigheter att koordinera möten och att insatser sätts in för sent. Logoped K belyser hur tystnaden bidrar till att gruppen osynliggörs; barn med SM stör generellt inte och uppmärksammas därför inte förrän det finns akuta praktiska problem, exempelvis inför nationella prov med muntliga inslag. Logoped L lyfter fram en strukturell skillnad mellan att arbeta på mottagning kontra skola, där det

ekonomiska och administrativa ramverket på mottagning upplevs som ett hinder för det flexibla arbetssätt som patientgruppen kräver. Både Logoped L och F lyfter fram kopplingen mellan SM och hemmasittarproblematik som ett betydande hinder. Barn med SM riskerar att gradvis dra sig undan, exempelvis vid situationer med muntliga inslag, vilket i sin tur försvårar logopedernas möjlighet att möta dem. Logoped F betonar att tidiga insatser i förskolan kan vara avgörande för att förhindra att dessa barn senare blir hemmasittare i grundskolans högre årskurser.

Logoped N identifierar bristen på kollegialt stöd och felaktiga förväntningar från utbildningen som nära sammankopplade problem:

“En utmaning är att jag är ensam logoped och inte en del av ett team [...] Jag hade inte en korrekt bild av SM efter utbildningen. Och det gör ju att jag också har gjort felbedömningar. Därför att vi fick inte lära oss det riktigt, eller det var väldigt svartvitt att man är helt tyst, men i verkligheten ser man ju sällan det.” (Logoped N)

Logoped E betonar bristen på forskning och riktlinjer som en grundläggande utmaning:

“Att det inte finns några riktlinjer, vad vi ska göra eller vem ansvarar då? [...] Sen är det ju ganska lite beforskat också i Sverige. Framförallt liksom hur man ska träna och hur man ska göra [...] Forskningen är så begränsad att det skapar problem faktiskt, det är en stor utmaning att vi inte riktigt vet vad som är det bästa för dem och hur vi ska ge interventionen.” (Logoped E)

5.5.2 Lokala variationer i arbetssätt

Variationen i hur logopeder arbetar är stor, såväl inom enskilda regioner som nationellt. En konkret konsekvens är ojämlik vård; i vissa regioner tar alla logopedmottagningar emot patienter med SM, medan andra hänvisar dem till BUP. Logoped C belyser problemet:

“Som i [region] så är det alla utom en mottagning som tar emot patienter med SM för att på den mottagningen så menar de att det är BUP som ska göra det. Vi borde ha någon samsyn liksom om vem ska göra vad. [...] Det bidrar ju inte till jämlik vård som vi ändå ska ha här i Sverige.” (Logoped C)

Logoped L, F och K som jobbar inom skola, arbetar helt utan formella riktlinjer och bestämmer själva hur arbetet läggs upp. Logoped G pekar däremot på att en arbetsplats med starka interna riktlinjer och goda kontaktvägar kan kompensera för nationella brister:

“Min upplevelse är att det finns ovanligt mycket riktlinjer [gällande SM] på den här arbetsplatsen. [...] Vi har ju väldigt bra kontaktvägar. Vi har ju väldigt lätt att få kontakt med både andra logopeders som har mycket kunskap, men också möjlighet att bolla med annan vårdprofession.” (Logoped G)

5.5.3 Behov av nationella riktlinjer och förslag på innehåll

Behovet av nationella riktlinjer är en av de starkaste samstämmiga rösterna i materialet. Logoped B ger den kanske tydligaste sammanfattningen och efterfrågar framför allt vägledning kring avslut.

“Det hade varit så skönt att ha någon form av riktlinje i, ja, men så här är det bästa sättet att jobba [...] Och framför allt kanske riktlinjer i när är det dags att börja försöka avsluta kontakten om inte det här funkar. Vad är nästa steg då? Det är oftast de besluten som är de svåraste att ta.” (Logoped B)

Logoped C efterfrågar klarhet kring logopedens roll kontra andra professioners, och när teamarbete bör vara obligatoriskt:

“Hur en utredning, vad en utredning ska innehålla, hade väl varit jättebra. Och sen ja, men liksom någonting om vilken typ av behandling som kan slash bör erbjudas. Och lite också kanske hur man ska tänka kring, när kan logopeden agera på egen hand? När bör det vara ett teamarbete?” (Logoped C)

Logoped N vill se riktlinjer som adresserar behandlingseffekt, utredningsinnehåll och specifikt frågan om komorbiditet:

“Jag tänker att det borde ju innehålla en sammanställning av vilken typ av behandling som har effekt med de här patienterna. [...] Vad som ska ingå i en utredning, jag tänker att det är viktigt att det inte bara blir att man pratar med föräldern utan att barnet också på vägen behöver vara involverat. [...] Och kanske något om komorbiditet, för det finns ju kanske mer inom psykologvärlden en idé om att om man har språkliga svårigheter så kan man inte ha SM. Så det hade ju varit trevligt att ha med liksom den diskussionen i nationella riktlinjer.” (Logoped N)

Sammantaget visar resultaten på en grupp logopeders som i hög grad har tagit ett ansvar för en komplex patientgrupp, men som gör det under villkor präglade av strukturell osäkerhet, bristande samverkan och avsaknad av nationell styrning.

6. Diskussion

I diskussionen knyts studiens resultat samman med bakgrund och relevant forskning. Diskussionen är strukturerad utifrån studiens syfte och tre frågeställningar och följs av en metoddiskussion, slutsatser inklusive kliniska implikationer samt reflektioner kring framtida forskning.

6.1 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva logopeders arbete i Sverige med barn med SM, att belysa eventuella hinder och möjligheter som logopeder beskriver i sitt arbete samt att kartlägga behovet av riktlinjer för logopeder som arbetar med barn med SM. En fråga som tangeras på flera ställen i diskussionen nedan är huruvida och i vilken utsträckning logopeder bör ha en roll i arbetet med barn med SM. Det bör dock tydliggöras att studiens syfte inte har varit att besvara den frågan, och att studiens deltagare, som alla redan arbetar med patientgruppen, inte har tillfrågats om sin syn på logopedins legitimitet vid SM som diagnos.

6.1.1 Logopeders arbete med barn med selektiv mutism i Sverige

Resultaten visar att det logopediska arbetet med barn med SM i Sverige varierar i hög grad, från bedömning och diagnossättning till val av behandlingsform och kontaktlängd. Denna variation tycks i stor utsträckning styras av lokala förutsättningar snarare än nationella riktlinjer.

Vad gäller bedömning framgår att de flesta logopeder i studien saknar formella testbatterier framtagna för bedömning av SM. Bedömningen baseras i stället på anamnestiska samtal med föräldrar och förskola/skola, observationer av barnet samt skattningsformulär som SMQ. Detta överensstämmer med hur bedömning beskrivs i internationella riktlinjer och resurser, exempelvis från ASHA (2023) och SMA (Klein & Armstrong, u.å.), som betonar att bedömningen bör ske i naturliga miljöer och inkludera information från flera källor. Att formell expressiv bedömning sällan är möjlig, eftersom barnet per definition inte talar i bedömningssituationer, är en välkänd klinisk utmaning (Wong, 2010). Flera logopeder i studien löser detta pragmatiskt, exempelvis genom att be föräldrar spela in barnet i hemmiljö. Det blir därför viktigt med kunskap och förmåga att utföra analyser av tal och språkproduktion i naturalistiska kontexter, vilket logopeder besitter. Ett illustrativt exempel på hur klinisk erfarenhet väger tungt i avsaknad av standardiserade instrument beskrivs i resultatet. En

logoped beskriver att beroende på hur barnet reagerar på en ny person i rummet kan det säga något om barnet styrs av ångest eller om barnet har autism. Det är värt att notera att det saknas normerade, logopediska bedömningsverktyg på svenska för denna patientgrupp.

Remisskraven visar också på stor variation. Majoriteten av logopederna i studien uppger att de tar emot remisser med enbart frågeställningen SM, utan krav på att en språklig svårighet också ska föreligga. En logoped beskriver däremot att deras mottagning har ändrat sina remisskriterier för att kräva en dubbeldiagnos. Denna variation kan tolkas på olika sätt. Å ena sidan kan den betraktas som en ojämlikhet i tillgång till vård om man utgår från att logopedisk bedömning är indicerad vid SM oavsett förekomst av språkliga svårigheter. Å andra sidan kan kravet på dubbeldiagnos ses som en rimlig avgränsning av logopedins uppdrag, utifrån att SM primärt är en ångestdiagnos. Att forskning visar att en betydande andel barn med SM också har tal- och/eller språkliga svårigheter (Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen, 2000; Nowakowski m.fl., 2009; Klein m.fl., 2013), talar för att logopedisk kompetens är av relevans och värdefull i åtminstone en del fall, men det löser inte frågan om var det primära ansvaret för SM som ångestdiagnos ska ligga.

När det gäller behandling är sliding in och shaping de dominerande metoderna, vilket är i linje med den forskning och de riktlinjer som finns (Bork & Bennett, 2020; Bunnell m.fl., 2018; Aberdeenshire Council, 2024). Metoder hämtade från KBT och exponeringsbaserade tekniker beskrivs av de intervjuade logopederna som de mest användbara verktygen, vilket stämmer väl med att KBT är den mest studerade och evidensbaserade behandlingen för SM (Østergaard, 2018). Att logopediska insatser kan ha effekt ges visst stöd av Löwdahl (2025), som i sitt examensarbete fann att 70% av 21 barn med SM uppvisade ökad kommunikation i skolmiljö efter logopedisk intervention. Även om studien är begränsad i sin design och i sitt urval utgör den ett av få svenska bidrag som specifikt prövar logopedisk intervention vid SM. Att informera och förklara för barnet och omgivningen vad SM är och varför talet låser sig, nämns av flera logopeder som ett viktigt inslag, och detta speglar också de råd- och utbildningsuppdrag som ASHA (2023) (se avsnitt 2.9.1) beskriver för logopeder. En central fråga som inte är löst vare sig i forskning eller i klinisk praxis är om direkt kontra indirekt behandling är meningsfullt för barnet. Logopederna i studien tar olika ställning till frågan. Flera av logopederna lutar åt att direkt behandling saknar indikation eftersom logopeden inte finns i barnets vardag. Medan andra logopeder betonar att direkt behandling ändå kan ha ett värde, antingen som ett sätt att testa vad som fungerar inför handledning av omgivningen, eller som

ett medel för att stärka barnets självförtroende och ge barnet en positiv kommunikationsupplevelse. Oenigheten kan också ses i ett vidare perspektiv; om SM primärt är en ångestdiagnos, är exponeringsbaserad behandling ett psykologiskt snarare än logopediskt uppdrag, och frågan om vem som ska leda behandling är då inte självklar. Att logopeder i praktiken ändå genomför sådana insatser kan dels bero på tillgänglighet och samordning, dels på att den kommunikativa dimensionen anses kräva logopedisk kompetens, men dessa argument är inte fullt underbyggda i forskningen.

En aspekt som framträder i materialet men som sällan explicit berörs i litteraturen är användningen av alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Några av logopederna resonerar om AKK som ett stöd i vardagen, parallellt med arbetet mot ökat tal, vilket speglar en klinisk realitet som ofta förbises i litteraturen. Barn med SM kan behöva kommunikativt stöd här och nu, även om det långsiktiga målet är att utvidga det verbala kommunikationsutrymmet. I detta avseende kan logopedisk kompetens vara särskilt relevant, då logopeder har specifik utbildning i bedömning och implementering av AKK, en kompetens som varken psykologer eller specialpedagoger typiskt besitter i samma utsträckning. Frågan om AKK vid SM är dock ännu inte tillräckligt studerad och förblir öppen.

En intressant observation är att kontaktens längd varierar enormt, från ett par månader till uppemot fem år eller mer. Flera logopeder betonar att det inte finns tydliga riktlinjer för när en kontakt bör avslutas eller trappas ned. Att avslutsbeslutet beskrivs som svårt av flera logopeder kan delvis hänga samman med att SM som ångestdiagnos saknar tydliga utfallsmått, det är inte uppenbart vad en logopedisk kontakt egentligen ska resultera i och när dess mål är uppfyllda. En viktig distinktion jämfört med exempelvis behandling av språkstörning är att SM inte nödvändigtvis avspeglas i logopedisk testning utan man behöver följa barnet i naturliga miljöer under lång tid. Övergångar, som vid skolstart eller stadiemyten, lyfts fram av flera logopeder som perioder då kontakten behöver återupptas, och detta kan också beaktas i eventuella riktlinjer.

6.1.2 Hinder och möjligheter i arbetet med barn med selektiv mutism

Professionell trygghet i arbetet med SM hänger inte primärt samman med hur länge man arbetat som logoped totalt sett, utan med hur länge man specifikt arbetat med patientgruppen. Logopeder med lång erfarenhet av SM, oavsett total yrkeserfarenhet, beskriver sig som trygga, medan de med kortare specifik erfarenhet av SM är mer tveksamma eller beskriver en pågående

process. Detta är ett i viss mån förväntat fynd, men väcker ändå frågor. Det kan tolkas som att SM kräver specifik erfarenhet och upplärning, vilket talar för att det behövs strukturerade vägar in i arbetet med patientgruppen. Men det kan också tolkas som ett tecken på att SM befinner sig i utkanten av logopedins kärnkompetens, och att den osäkerhet som många logopeder upplever faktiskt återspeglar en reell oklarhet om huruvida patientgruppen primärt hör hemma inom logopedi, psykologi eller psykiatri. Detta understryker behovet av tvärprofessionell samverkan, inte minst vid utredning av oklara fall och vid förekomst av komorbiditet, där ingen enskild profession ensam kan förväntas ha tillräcklig kompetens för att omhänderta barnets samlade behov.

Avsaknaden av SM i grundutbildningen är ett genomgående mönster i materialet, oavsett var eller när logopederna utbildade sig. Flera logopeder uppger att de lämnade sin utbildning utan att ens ha hört begreppet SM, eller med en alltför förenklad bild av vad tillståndet innebär i klinisk verklighet. En av logopederna beskriver hur utbildningens svartvita bild av SM, att barnet är helt tyst, ledde till felbedömningar i praktiken. Detta illustrerar vilka konsekvenser som kunskapsluckor kan få. SM kan ta sig mångskiftande uttryck; barn kan visserligen vara helt tysta i skolmiljö, med det är lika vanligt att de viskar, kommunicerar icke-verbalt eller talar med enstaka trygga personer. Att SM ges begränsat utrymme i grundutbildningen är inte unikt för Sverige. Sudheer m.fl. (2025) visar att medvetenheten och utbildningen för logopeder om SM i Indien är begränsad. Huruvida lösningen är att utöka SM:s plats i logopedutbildningen, eller om det snarare pekar på att patientgruppen primärt bör omhändertas av andra professioner med ångest som kärnkompetens, är en fråga som inte kan besvaras utifrån denna studie. Oavsett var det primära ansvaret för SM bör ligga, kan en mer explicit diskussion om gränsdragningar mellan professioner och diagnosgrupper utgöra ett värdefullt inslag i logopedutbildningen, då en sådan förståelse kan bidra till tydligare rollfördelning och bättre samverkan i klinisk praktik.

Strukturella hinder dominerar bilden av vad som begränsar det logopediska arbetet. Tre typer av hinder framträder tydligt. Det första handlar om tid och resurser. Logopeder upplever att de inte har tillräckligt med tid för det flexibla och ofta långvariga arbetssätt som patientgruppen kräver, vilket bland annat försvårar möjligheten att genomföra insatser i barnets naturliga miljö. Det andra handlar om att insatser ofta sätts in för sent. Barn med SM tenderar att vara just tysta och tillbakadragna, vilket kan bidra till att de inte uppmärksammas i samma utsträckning som barn med mer utåtagerande svårigheter, och att insatser därmed dröjer. Forskning indikerar att tidiga insatser är förknippade med bättre prognos (Koskela m.fl., 2023), men detta i sig avgör

inte vilken profession som bör identifiera och behandla tillståndet. Det tredje handlar om hemmasittande. När ett barn med SM också undviker skolan faller en av de viktigaste arenorna för indirekt behandling bort, och möjligheten att bedriva insatser i skolmiljön försvåras.

En av logopederna beskriver en skillnad mellan att arbeta på mottagning och i skolan. På mottagning finns ett ekonomiskt och administrativt tryck att fylla bokningsbara tider och hålla sig inom mottagningens uppdrag, medan på skolan finns mer flexibilitet att möta barnet i dess naturliga miljö. Denna beskrivning väcker frågor om organisatorisk hemvist, men det bör noteras att argument för skolbaserade insatser inte nödvändigtvis är detsamma som ett argument för logopedledda sådana. Att insatser bör ske i naturliga miljöer är ett argument som kan tala för tvärprofessionellt samarbete, där psykologer och andra yrkesgrupper med ångestbehandling som kärnkompetens också har en roll. Internationellt finns förslag för hur man kan arbeta med barn med SM i skolan, bland annat i riktlinjerna av Aberdeenshire Council (2024), men dessa riktar sig i huvudsak till lärare och skolpersonal snarare än till logopeder.

Samverkansproblemen i materialet kan sammanfattas i bilden av den stuprörsformade vården. Barn med SM faller lätt mellan stolarna; de tillhör varken tydligt psykologins eller logopedins domän, och när komorbiditet med autism, generell ångest eller språkstörning tillkommer kompliceras bilden ytterligare. Att patienter kan befinna sig i situationer där ingen profession tar ansvar, antingen för att BUP anser att man inte kan behandla ett barn som inte talar, eller för att logopedmottagningen inte tar emot utan språklig frågeställning, är ett kliniskt och etiskt problem. Att ingen profession har ett tydligt definierat ansvar kan ses som ett symptom på att diagnostiken i sig är komplex och gränsöverskridande. SM är en ångestdiagnos med kommunikativa konsekvenser, och det är inte givet vilken av dessa dimensioner som prioriteras vid en utredning.

Trots de beskrivna hindren finns exempel på arbetssätt som logopederna beskriver som fungerande. Den logoped som arbetar nära psykologer, specialpedagoger och BVC beskriver ett arbete som fungerar väl och som upplevs som meningsfullt och tryggt. Två andra logopeder, som arbetar i etablerade konsultativa team med definierade roller, vittnar om liknande erfarenheter. Dessa exempel indikerar att ett tvärprofessionellt samarbete med tydliga rollfördelningar kan underlätta arbetet för den enskilde logopeden. Det bör dock noteras att detta inte nödvändigtvis innebär att logopeden bör ha en central roll. Snarare kan det tyda på att logopedins bidrag är mest relevant i ett sammanhang där de olika professionernas

kompetenser kompletterar varandra. Logopeden bidrar med specifik kunskap om tal, språk och kommunikation, medan psykolog och specialpedagog ansvarar för ångestbehandling och pedagogiska anpassningar. Flera logopedier i studien betonar dock att graden av teamsamverkan bör anpassas efter det enskilda barnets behov, och att logopedisk kompetens i vissa fall, särskilt vid arbete med yngre barn eller mindre komplex problematik, kan vara tillräcklig utan ett fullt tvärprofessionellt team.

6.1.3 Behov av riktlinjer

Studiens tredje frågeställning rör behovet av riktlinjer, och resultaten visar att samtliga logopedier som intervjuades uttrycker, i varierande grad, att nationella riktlinjer för det logopediska arbetet med barn med SM saknas och behövs. Att logopederna är samstämmiga på denna punkt, i ett material som i övrigt präglas av stor variation, är ett noterbart fynd. Det är dock värt att reflektera över vad denna samsyn egentligen uttrycker. Behovet av riktlinjer kan ses som ett uttryck för den oklarhet som råder kring omhändertagandet av barn med SM som involverar olika professioner. Evidens, som skulle kunna stärka logopedens roll i utredning och behandling av barn med SM, förefaller idag saknas.

Det finns idag regionalt utarbetade vårdprogram för SM i exempelvis Region Jönköping (2024) och Västra Götalandsregionen (2026), men dessa specificerar inte logopediska insatser i någon större utsträckning. Nationella vård- och insatsprogram (2025) berör SM inom ramen för ångestsyndrom hos barn och unga, men inte heller i detta dokument specificeras logopedens roll tydligt. Samtliga dokument lyfter fram vikten av tidig identifiering, samverkan och exponeringsbaserade metoder. Internationellt finns mer utarbetade riktlinjer, framför allt från ASHA (2023) och Aberdeenshire Council (2024). Det kan noteras att de mest specificerade logopediska riktlinjerna, såsom de från ASHA, är utformade för en annan vårdkontext än den svenska, och att Aberdeenshire-riktlinjerna i huvudsak riktar sig till skolpersonal. Att logopedspecifika riktlinjer är sällsynta internationellt kan antingen tolkas som ett eftersläpande inom ett fält där logopedens roll är etablerad men inte dokumenterad, eller som att logopedens roll vid SM inte är lika definierad internationellt som forskningen ger intryck av. Ringler (2016) pekar på behovet av riktlinjer för utredning och behandling av SM i Sverige. Det bör påpekas att detta dokument är en verksamhetsrapport för ett projekt inom BUP Nordväst. Baserat på resultaten i föreliggande studie finns dock ett behov som kvarstår tio år senare.

Vad borde eventuella riktlinjer innehålla? Logopederna i studien ger sammantaget en relativt samstämmig bild av det; vad en utredning ska innehålla, vilka behandlingsmetoder som rekommenderas, hur länge en kontakt typiskt bör pågå, när ett ärende bör avslutas eller överlämnas till annan instans, hur ansvaret ska fördelas mellan logoped och psykolog och hur komorbiditet, särskilt med språkstörning ska hanteras. Ett önskemål om att riktlinjerna explicit ska adressera förekomsten av både SM och språkstörning är viktigt. Att föreställningen att de är ömsesidigt uteslutande dröjer sig kvar i vissa kliniska sammanhang, trots att forskning sedan länge visar på hög samsjuklighet (Steinhausen & Juzi, 1996; Kristensen, 2000; Nowakowski m.fl., 2009; Klein m.fl., 2013). Detta kan möjligen delvis förklaras av att diagnostiken är komplex och att gränsdragningar i praktiken är svåra att göra.

En annan central fråga är var barn med SM hör hemma organisatoriskt; hos logopedmottagningen, hos BUP eller i ett dedikerat tvärprofessionellt team? Denna studie kan inte besvara den frågan, men resultaten synliggör att frånvaron av ett tydligt svar har praktiska konsekvenser för hur arbetet organiseras och hur ansvaret fördelas. En möjlig tolkning är att logopedins roll vid SM bör vara selektiv och avgränsad, primärt relevant när tal- eller språkliga svårigheter föreligger parallellt med SM. En annan möjlig tolkning är att logopeders goda kompetens avseende språk-, tal, och kommunikation är värdefull i ett bredare perspektiv, men att denna roll i så fall behöver definieras tydligare i förhållande till psykologers ansvar. Stöd och utbildning till andra professioner ligger inom logopeders uppdragsområden. Oavsett tolkning pekar resultaten på att nuvarande oklarhet kring ansvarsfördelningen är problematisk ur ett organisatoriskt perspektiv. Det är slutligen värt att påminna om att det bakom dessa organisatoriska och professionella frågor finns en grupp barn vars kommunikativa och sociala utveckling påverkas. Både otydlighet kring ansvarsfördelning och avsaknad av relevant forskning på området, vilket indikeras i den aktuella studien, får i förlängningen konsekvenser för barn med SM.

6.2 Metoddiskussion

Studiens kvalitativa design och val av semistrukturerade intervjuer bedöms som väl lämpade för att besvara de frågeställningar som formulerades. Syftet var att undersöka logopedernas erfarenheter och perspektiv, varför en kvalitativ ansats var naturlig. Tematisk analys enligt Braun och Clarke (2022) ger utrymme för induktiv bearbetning av materialet och möjliggör

identifiering av mönster som inte förutsätts i förväg, vilket är en styrka i ett relativt outforskat fält.

Urvalet på 14 deltagare bedöms som tillräckligt för att möjliggöra en meningsfull analys av variationer och gemensamma drag i materialet, i enlighet med kvalitativ metodisk betoning av djup snarare än generaliserbarhet (Johannessen m.fl., 2020). Deltagarna representerar en bred variation av verksamhetstyper; logopedmottagning, habilitering, skola, central elevhälsa och BUP, och har varierande erfarenhet av patientgruppen. Denna spridning är en styrka eftersom den möjliggör en rik bild av det kliniska fältet. En begränsning är dock att deltagare från Karolinska institutet och Uppsala universitet saknas, vilket innebär att urvalet inte täcker samtliga svenska logopedutbildningar. Detta bedöms likväl inte ha någon avgörande inverkan på resultatet, då de mönster som framträder i materialet är genomgående och konsekventa oavsett utbildningsort. Rekryteringen skedde dels via en facebookgrupp för logopedier, via direktkontakt med regioner och mottagningar, vilket innebär ett visst selektivt bortfall; de logopedier som deltar i en facebookgrupp för logopedier och aktivt läser inlägg om studier om SM kan tänkas vara mer engagerade i frågor om SM än genomsnittslogopeden. Detta utgör en begränsning i hur representativt materialet kan anses vara för logopedkåren som helhet. En metodologisk reflektion gäller frågan om riktlinjer. Intervjuguiden innehöll en direkt ja/nej-fråga om behovet av nationella riktlinjer, vilket kan ha bidragit till den samstämmighet som framkom. Det är oklart om behovet hade lyfts fram spontant med en mer öppen formulerad fråga.

Intervjuerna genomfördes digitalt via Microsoft Teams, vilket valdes av praktiska skäl men som också medför att den sociala närvaro och de informella signaler som uppstår i ett fysiskt möte delvis faller bort. Det är möjligt att några deltagare svarade mer kortfattat eller mer formellt i ett digitalt format, vilket kan ha påverkat materialets djup i enstaka intervjuer. Däremot möjliggjorde det digitala formatet att logopedier från hela Sverige kunde delta, vilket breddade det geografiska underlaget och bidrog till att de regionala variationerna i materialet kunde belysas.

Intervjuernas varierande längd, från 18 minuter till 37 minuter, speglar att en del deltagare gav mer utförliga svar medan andra var mer kortfattade. Den automatiska transkriptionen i Microsoft Teams kompletterades med manuell genomlysning och justering av transkriptionerna, vilket ökar transkriptionernas tillförlitlighet. Att båda författarna kodade

materialet var för sig och sedan diskuterade koder och teman gemensamt stärker analysens trovärdighet, eftersom det minskar risken för att en enskilds tolkningar dominerar utan att utmanas. Det är samtidigt viktigt att understryka att tematisk analys enligt Braun och Clarke (2022) inte syftar till att uppnå kvantifierbar interbedömarreliabilitet, utan till en reflexiv och djupgående analys av materialet.

En etisk aspekt att reflektera kring är att deltagarna intervjuades i sin yrkesroll och tillfrågades om sitt arbete med en specifik patientgrupp. Det finns en risk att intervjun upplevts som utvärderande, vilket i sin tur kan ha påverkat svaren i en mer positiv riktning. Författarna betonade genomgående att syftet var att undersöka erfarenheter snarare än att bedöma kvaliteten i arbetet, och materialet innehåller ändå en påtaglig mängd kritiska och självreflekterande utsagor, vilket tyder på att deltagarna generellt upplevde en trygg intervjumiljö.

6.3 Slutsats och kliniska implikationer

Studien visar att logopeders i Sverige är involverade i arbetet med barn med SM i olika utsträckning, men att detta arbete präglas av stor variation avseende organisation, metoder och ansvarsfördelning. Utifrån studiens resultat kan tre övergripande slutsatser formuleras.

För det första väcker studien frågor om SM:s plats i logopedprogrammets grundutbildning. Att logopeders beskriver sig som utbildade inför mötet med denna patientgrupp kan tolkas på olika sätt. Det kan ses som ett argument för att inkludera SM mer systematisk i utbildningen, men det kan också ses som ett uttryck för att SM som är klassificerat som en ångestdiagnos inte primärt tillhör logopeders arbetsområden. Oavsett tolkning tyder resultaten på att nuvarande utbildning inte ger logopederna tillräckliga verktyg för att hantera de situationer de faktiskt möter i klinisk praktik och att frågan om utbildningsinnehållet bör diskuteras i relation till en bredare diskussion om gränsdragning mellan diagnosgrupper och professionellt ansvar.

För det andra antyder resultaten att tvärprofessionellt samarbete är förknippat med ökad trygghet för de logopeders som arbetar med barn med SM. De logopeders som idag arbetar i etablerade team beskriver en trygghet i att vara fler professioner i arbetet med barn med SM, medan andra framhåller att logopedisk kompetens i många fall är tillräcklig. Hur tvärprofessionellt samarbete bör organiseras, och vilken roll logopeden bör ha inom sådana

team, kan inte avgöras utifrån denna studie. Resultaten tyder dock på att när roller och mandat är tydligt definierade upplevs arbetet som mer hanterbart, vilket kan vara ett argument för att formalisera sådana strukturer än att låta dem uppstå informellt.

För det tredje efterfrågar samtliga logopeders i studien nationella kliniska riktlinjer för logopediskt arbete med barn med SM. Logopederna beskriver ett behov avseende vägledning om utredningens innehåll, rekommenderade behandlingsmetoder, ansvarsfördelning mellan professioner och kriterier för när en kontakt bör avslutas eller överlämnas. Riktlinjerna bör också specifikt adressera komorbiditet med andra tillstånd. Det bör dock noteras att behovet av riktlinjer, som det uttrycks av studiens deltagare, inte i sig avgör vad sådana riktlinjer bör innehålla eller vilket antagande om logopeders roll de bör vila på. En central fråga som eventuella riktlinjer behöver ta ställning till är huruvida logopeders roll vid SM bör vara generell eller selektiv. Är logopeders roll primärt relevant när tal- eller språkliga svårigheter föreligger parallellt med SM, eller motiverar den kommunikativa dimensionen logopedisk involvering även i andra fall? Hur ansvaret i sådana fall ska fördelas i förhållande till psykologers ansvar för ångestbehandling är en fråga som kvarstår och som eventuella framtida riktlinjer kan adressera. Om ett sådant dokument tas fram bör det ske i samverkan mellan logopeders, psykologer, specialpedagoger och patientrepresentanter, och bör förankras i Logopedförbundet för att få genomslag i hela landet.

6.4 Framtida studier

Denna studie ger en bred bild av en grupp logopeders perspektiv och upplevda behov kring arbetet med SM, men lämnar flera frågor öppna som vore värdefulla att undersöka vidare. Framtida studier skulle kunna undersöka möjligheten att ta fram och validera svenska bedömningsinstrument anpassade för SM, då tillgången på sådana instrument idag är begränsad.

Det vore också av intresse att genomföra systematiska uppföljningsstudier av utfall av den logopediska behandling som ges till barn med SM i Sverige, med fokus på direkta kontra indirekta insatser, samt på hur tidig intervention påverkar det långsiktiga förloppet. Koskela m.fl., (2023) visar att de flesta barn med SM förbättras över tid. Det finns dock relativt lite evidens för vilka metoder och vilka faktorer som bidrar till ett gynnsamt utfall i ett svenskt logopediskt perspektiv. Löwdahl (2025) utgör ett tidigt och lovande bidrag i detta

sammanhang, men studiens begränsade urval och examensarbetsformat understryker snarast behovet av mer vetenskaplig forskning om utfall av logopediska insatser vid SM i Sverige.

Vidare vore det av intresse att inkludera barnets och familjens perspektiv i framtida forskning, då denna studie undersöker uteslutande logopeders erfarenhet. Hur barn med SM och deras föräldrar upplever logopediska insatser är en viktig och delvis obesvarad fråga. Framtida studier skulle också kunna undersöka hur insatser fungerar för specifika undergrupper som ännu inte belysts i tillräcklig utsträckning, exempelvis flerspråkiga barn, barn med samsjuklighet eller barn i olika åldersgrupper. Framtida forskning skulle även kunna undersöka när och för vilka barn logopediska insatser vid SM är motiverade, och för vilka undergrupper av barn logopedisk kompetens skulle kunna tillföra något som kompletterar eller går utöver psykologiska eller pedagogiska metoder. Detta är en fråga som denna studie inte har haft möjlighet att besvara. Slutligen bör framtida studier undersöka hur eventuella nationella riktlinjer, om sådana tas fram, implementeras och efterlevs i praktiken, samt vilka effekter de har på det logopediska arbetets kvalitet och på kommunikationen hos barn med SM.

Referenslista

- Aberdeenshire Council. (2024). *Supporting Children and Young People with Selective Mutism Practice Guidelines* [Riktlinjer]. Aberdeenshire Council. <https://asn-aberdeenshire.org/wp-content/uploads/2024/08/Selective-Mutism-Aberdeenshire-updated-2024.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. uppl.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2023). *Selective mutism*. ASHA Practice Portal. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/selective-mutism/>
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946. <https://doi.org/10.1097/00004583-200208000-00012>
- Bergman, R. L., Keller, M., Piacentini, J., & Bergman, A. (2008). The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 456–464. <https://doi.org/10.1080/15374410801955805>
- Bishop, D. V. M. (2009). *Test for Reception of Grammar: Version 2 TROG-2 Manual*. (M. Garsell, Övers.; originalutgåva publicerad 2003). Pearson Education.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00007>
- Bork, P., & Bennett, S. (2020). Video self-modeling, fading, and reinforcement: An effective treatment package for children with selective mutism. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 25(2), 446–455. <https://doi.org/10.1177/1359104519855110>

- Bunnell, B. E., Mesa, F., & Beidel, D. C. (2018). A two-session hierarchy for shaping successive approximations of speech in selective mutism: Pilot study of mobile apps and mechanisms of behavior change. *Behavior Therapy*, 49(6), 966–980. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.02.003>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Bryman, A., & Nilsson, B. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (B. Nilsson, Övers.; 3. uppl.). Liber.
- Carbone, D., Schmidt, L. A., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Edison, S., St. Pierre, J., & Boyle, M. H. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: A comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1057–1067. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9425-y>
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341–355. <https://doi.org/10.1097/00004703-200608000-00011>
- De Jong, R., van der Voort, A., Aben, W., & de Jonge, M. V. (2026). Understanding silence in adolescence and young adulthood: A mixed methods systematic review on selective mutism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02951-y>
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1451–1459. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012>
- Engström, C. (2019). *Pratlust och talängslan: Om selektiv mutism* (1. uppl.). Studentlitteratur.

- Frazier, K. F., & Howard, K. (2020). Perspectives of speech-language pathologists and school counselors on the nature and treatment of selective mutism. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(4), 1045–1056. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-19-00162
- Helgesen, I., & Nordahl-Hansen, A. (2026). Breaking with the criteria: Selective mutism and its forbidden connection with autism. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 54(4). <https://doi.org/10.1007/s10802-025-01414-x>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L., & Nilsson, B. (2020). *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. (B. Nilsson, Övers.; 2. uppl.). Liber.
- Karakaya, I., Şişmanlar, Ş. G., Öc, Ö. Y., Memik, N. C., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., & Yavuz, C. I. (2007). Selective mutism: A school-based cross-sectional study from Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 114–117. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0644-x>
- Klein, E. R., Armstrong, S. L., & Shipon-Blum, E. (2013). Assessing spoken language competence in children with selective mutism: Using parents as test presenters. *Communication Disorders Quarterly*, 34(3), 184–195. <https://doi.org/10.1177/1525740112455053>
- Klein, E. R., Armstrong, S. L., Shipon-Blum, E., Gordon, G., Skira, K., & Lyman, B. (2012). *Cognitive, psychological, and linguistic features of children with selective mutism* [Konferenspaper]. Selective Mutism Group Annual Conference, Orlando, FL. <https://www.selectivemutism.org/resources/archive/online-library/speech-language-and-selective-mutism/>
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Kristensen, H., Oerbeck, B., & Manassis, K. (2019). Selective mutism. I S. N. Compton, M. A. Villabø & H. Kristensen (Red.), *Pediatric anxiety disorders* (s. 225–250). Academic Press.

- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257–262. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01859.x>
- Koskela, M., Ståhlberg, T., Yunus, W. M. A. W. M., & Sourander, A. (2023). Long-term outcomes of selective mutism: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05279-6>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s007870050041>
- Kussmaul, A. (1877). *Die stoerungen der sprache* (1. uppl.) [Disturbances in linguistic function]. Benno Schwabe.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S.-E. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (S.-E. Thorell, Övers; 3. uppl.). Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/
- Löwdahl, D. (2025). *Kommunikation i skolmiljö hos barn med talängslan/selektiv mutism före och efter logopedisk intervention* [Examensarbete, Karolinska Institutet].
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187–1195. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318076b7ab>

- Matsushita, M., Shimoyama, M., Sakai, T., Okumura, M., & Sonoyama, S. (2020). Difficulties faced by children with selective mutism in schools and support thereof. *Journal of Special Education Research*, 9, 23–34. <https://doi.org/10.6033/specialeducation.9.23>
- Nationella vård- och insatsprogram. (2025). *Behandling vid selektiv mutism hos barn och ungdomar*. <https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/behandling-och-stoed/behandling-vid-selektiv-mutism-hos-barn-och-ungdomar/>
- Nowakowski, M. E., Cunningham, C. C., McHolm, A. E., Evans, M. A., Edison, S., St Pierre, J., Boyle, M. H., & Schmidt, L. A. (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism. *Infant and Child Development*, 18(3), 271–290. <https://doi.org/10.1002/icd.624>
- Region Jönköpings län. (2024). *Barn och ungdomar med selektiv mutism och talängslan: Vårdriktlinje* (Version 2.0). <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/d65feea8-7e7e-4940-b880-d25f931d097a?pageId=104114&blockId=378263>
- Ringler, J. (2016). *Verksamhetsuppföljning av selektiv mutism, projekt inom verksamhetsområde Nordväst*. Barn- och ungdomspsykiatrien.
- Socialstyrelsen. (2025). *Evidensbaserad praktik*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/>
- Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00015>
- Sudheer, A., Abraham, H., Ananth Pai, R., & Aseef, A. (2025). Awareness of selective mutism among speech language pathologists. *AJ Journal of Medical Sciences*, 2, 39–45. <https://doi.org/10.71325/ajjms.v2i1.25.18>
- Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., & Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal American Academy of Child*

and *Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592–595.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000157549.87078.f8>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57–67.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>

Vogel, F., Röse, C., & Schwenck, C. (2024). Symptoms of selective mutism beyond failure to speak in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(10), 3603–3611. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02415-9>

Västra Götalandsregionen. (2026). *Ångestsyndrom hos barn och ungdomar: Regional medicinsk riktlinje*. Västra Götalandsregionen. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-720/surrogate/Ångestsyndrom%20hos%20barn%20och%20ungdomar!.pdf>

Webster, M. (2011). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(4), 309–316. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005256>

Wong P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry*, 7(3), 23–31.

World Health Organization. (2025). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics: 6B06 Selective mutism*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#167946871>

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1069–1075. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070262.24125.23>

Young, B. J., Bunnell, B. E., & Beidel, D. C. (2012). Evaluation of children with selective mutism and social phobia: A comparison of psychological and psychophysiological arousal. *Behavior Modification*, 36(4), 525–544. <https://doi.org/10.1177/0145445512443980>

Østergaard, K. R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1439530>

Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev till deltagare

Information till dig som deltagare i ett examensarbete vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Hej!

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete i logopedi, som handlar om logopeders erfarenheter av att arbeta med individer med selektiv mutism. Arbetet genomförs av studenter vid Linköpings universitet. I det här dokumentet får du mer information om upplägget och om vad det innebär att delta.

Vad är det för examensarbete och varför frågar vi dig om du vill delta?

Individer med selektiv mutism är en liten och komplex patientgrupp som möter flera olika vård- och stödinsatser. Logopeders roll i arbetet med dessa patienter är viktig, men relativt lite forskning finns om logopeders erfarenheter av att arbeta med selektiv mutism.

Internationellt finns tydliga riktlinjer för hur logopeder ska jobba med patienter inom gruppen selektiv mutism, däremot saknas detta i Sverige.

Syftet är att undersöka hur logopeder i Sverige arbetar med barn som har selektiv mutism, samt att belysa vilka hinder och möjligheter som finns i arbetet med denna patientgrupp. Arbetet syftar även till att kartlägga behovet av riktlinjer, kompetensutveckling och samverkan med andra yrkesgrupper kring barn med selektiv mutism.

Du tillfrågas att delta i studien eftersom du är legitimerad logoped, yrkesverksam i Sverige och har erfarenhet att jobba med patienter med selektiv mutism i ett logopediskt sammanhang.

Studien genomförs av Maja Helmersson och Moa Lundholm inom logopedprogrammet vid Linköpings universitet. Ansvarig handledare är Charlotta Plejert.

Hur sker genomförandet?

Deltagandet innebär att du blir intervjuad av Maja Helmersson och Moa Lundholm.

Intervjuerna kommer att ske genom den digitala plattformen Teams. Du kommer att bli intervjuad vid ett tillfälle som beräknas ta runt 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in

med ljud. Du som deltagare ska besvara frågor som handlar om din professionella erfarenhet av att arbeta med barn med selektiv mutism.

Möjliga följder och risker med att delta

Forskningspersonerna som deltar utsätts inte för några risker genom sitt deltagande i projektet eftersom deras deltagande förblir anonymt genom hela studien. Efter att systematiskt ha sökt i olika databaser kan vi inte finna att det finns någon liknande forskning i det här fältet, det vill säga att det finns en förväntad kunskapsvinst. Deltagarna kan i efterhand ta del av studiens resultat som nytta i sin profession och i sitt fortsatta arbete med patientgruppen selektiv mutism.

Vad händer med mina uppgifter?

Inom ramen för examensarbetet kommer vi att samla in och registrera information om dig.

De uppgifter som samlas in i samband med examensarbetet hanteras i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och ansvarig person för dina personuppgifter är Linköpings universitet. Syftet är examination av studerande som använder uppgifterna i samband med sitt examensarbete. Vem som är ansvarig person för examensarbetet framgår nedan. Det är endast studenter och handledare kopplade till examensarbetet som har tillgång till de data som samlas in för examensarbetet, med undantag för den tillgång som kan krävas enligt universitetets examinationsrutiner. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas på så sätt att inte obehöriga kan ta del av dem. Sammanställningen som kommer att presenteras kommer inte att innehålla uppgifter som gör det möjligt att identifiera dig.

Uppgifterna kommer att användas för ovanstående ändamål och i enlighet med detta samtycke. Den rättsliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter är att du har gett ditt frivilliga samtycke. Samtycket är giltigt tills vidare. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Detta gör du genom att kontakta den ansvarige för detta examensarbete. Vi kommer i så fall sluta att behandla uppgifter som vi har samlat in med stöd av detta samtycke relaterat till examensarbetet. Om samtycket återkallas vid en tidpunkt då personuppgifterna fortfarande är nödvändiga för att slutföra examinationen kommer uppgifterna inte att kunna raderas omedelbart. Vi kommer då att radera dem så fort som examinationen är avslutad.

Du har rätt att få information om de personuppgifter vi behandlar om dig. Du har också rätt att få felaktiga personuppgifter om dig själv rättade. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter kan du kontakta vårt dataskyddsombud via dataskyddsombud@liu.se. Du har även rätt att inge klagomål till Intergritetsskyddsmyndigheten om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Hur får jag information om examensarbetets resultat?

Studiens resultat kommer att redovisas i ett examensarbete inom logopedi. För att ta del av resultaten för studien kan du som deltagare kontakta oss via mejl. Resultatet kan även komma att publiceras på DIVA som är ett digitalt publiceringssystem för bland annat studentarbete. Det är helt frivilligt att ta del av resultaten för studien.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvarige för examensarbetet (se nedan).

Ansvariga för examensarbetet

Studien genomförs av Maja Helmersson och Moa Lundholm inom logopedprogrammet vid Linköpings universitet. Ansvarig handledare är Charlotta Plejert.

Biträdande professor Charlotta Plejert Linköpings universitet,

Institutionen för biomedicinska och kliniska vetenskaper

581 83 Linköping

E-post: charlotta.plejert@liu.se

Telefonnummer: 013-28 28 12

Logopedstudent Maja Helmersson Linköpings universitet,

Institutionen för biomedicinska och kliniska vetenskaper

581 83 Linköping

E-post: majhe186@student.liu.se

Logopedstudent Moa Lundholm Linköpings universitet,

Institutionen för biomedicinska och kliniska vetenskaper

581 83 Linköping

E-post: Moalu258@student.liu.se

Bilaga 2. Intervjuguide

Manus

Hej, vi heter Maja Helmersson och Moa Lundholm och är studenter på Linköpings universitet. Vi läser nu sista terminen på logopedprogrammet. Vi har fått din samtyckesblankett så om du inte har några vidare frågor om informationsbladet så sätter vi igång med intervjun. Vi kommer att starta ljudinspelning och Teams transkriptionsverktyg när vi börjar med frågorna. Intervjun förväntas pågå i ungefär 30 minuter, säg till om du önskar en paus.

Kom-igång-frågor

- Var arbetar du just nu?
 - I vilken stad och i vad för typ av verksamhet (logopedmottagning, habilitering, sjukhus m.m.)
 - Träffar du patientgruppen individer med selektiv mutism där?, om inte, på vilken arbetsplats gjorde du det?
- Var utbildade du dig till logoped?
- Hur många år har du jobbat som logoped?

Patientgrupp

- Hur många år har du jobbat med patientgruppen selektiv mutism?
- Hur har du inhämtat den kunskap och färdighet du besitter i nuläget angående patienter med selektiv mutism? (tex. grundutbildning, vidareutbildning, kurs, via kollegor, via arbetet, etc.)
- Känner du dig trygg i din professionella roll att arbeta med patientgruppen?
- Hur kommer patientgruppen till dig? (remiss, egenremiss)

Bedömning

- Hur ser ett nybesök ut? (team/själv)
 - Gör du en formell bedömning?
 - Sätter du diagnos?
 - Om inte: vilken profession gör det?
- Något annat du vill säga om bedömning/Nybesök/Utredning?

Behandling

- Jobbar du i behandlande syfte med patientgruppen?
- Är behandlingen direkt eller indirekt? Eller både och?
- Kan du beskriva hur behandlingen kan se ut?
- Använder du någon specifik metod då du jobbar med patientgruppen? (ja/nej)
 - Om ja, vilken?
 - Om nej, på vilket sätt jobbar du?
- Uppskattningsvis, hur länge träffar du barnen?
- Något annat du vill säga om behandling?

Teamarbete

- Ingår du i ett team med andra vårdprofessioner när du träffar denna patientgrupp (om ja, vilka? vem gör vad?)
 - i bedömning?
 - i behandling?
- Om inte, hade du önskat det?

Riktlinjer

- Finns det riktlinjer för hur det logopediska arbetet med patientgruppen ska se ut på din arbetsplats?
 - Om ja: hur ser de ut? Kan du skicka dem via mejl till oss?
 - Om nej: tycker du att det finns ett behov av riktlinjer?
 - Vad borde riktlinjerna innehålla enligt dig?

Hinder och möjligheter

- Vilka hinder upplever du finns i arbetet med patientgruppen? (t.ex. organisatoriska, tidsmässiga, resursmässiga, kompetensmässiga, samverkansrelaterade)
- Vilka möjligheter ser du för att utveckla logopediskt arbete med denna patientgrupp?
- Finns det något som fungerar särskilt bra på din arbetsplats eller i samarbetet med andra professioner i relation till patientgruppen?
- Vad skulle kunna underlätta ditt arbete med patientgruppen framöver?

Övrigt

- Finns något mer du vill tillägga om ämnet som du tycker inte tagits upp?

Tack för att du tagit dig tid att delta, om du önskar mailar vi uppsatsen till dig när den är klar och godkänd.